Rok XLV. Kraków 3 Marca 1906. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (Prymaryusz dr. Bogdanik).

O zmianach w krwi u chorych leczonych sposobem Biera.

Podał

Dr. E. Stahr.

Na chirurgicznym oddziele szpitala św. Łazarza leczono bardzo wiele przypadków wszelakiego ropienia, zapalenia szpiku kostnego, gruźlicy kości i stawów. a w ostatnich czasach i zgorzeli, sposobem Biera z dobrymi wynikami. Wobec tego, że istota działania sposobu Biera dotychczas nie jest całkowicie wyjaśniona, postanowiłem zająć się badaniami tej sprawy.

W ostatnich latach od czasu, kiedy Bier ogłosił swój sposób leczenia przekrwieniem, już niejeden badacz starał się dać dokładne teoretyczne wytłómaczenie i uzasadnienie tego zabiegu.

Pierwszą próbę w tym kierunku podał sam Bier[1]), który zauważył, że tkanka gruźlicza, pochodząca z palca, dłuższy czas przekrwieniem biernem leczonego, zaszczepiona morskiej śwince, nie wywołała zakażenia gruźlicą. Potem Hamburger[2]) na podstawie doświadczeń na zwierzętach doszedł do przekonania, że krew żylna posiada silniejsze własności bakteryobójcze, niż krew tętnicza i że surowica, uzyskana z krwi żylnej wśród przekrwienia biernego, działa silniej bakteryobójczo, niż surowica zwykłej krwi żylnej. Przyczyny tego zjawiska dopatruje się Hamburger w tem, że krew wśród przekrwienia biernego zawiera więcej kwasu węglowego, skutkiem czego jest zasobniejsza w wolną zasadę. Fagocytozie nie przypisuje natomiast żadnego znaczenia. Doświadczenia Hamburgera powtórzył Buchner[3]), jednak wniosków jego nie mógł potwierdzić. Nötzel[4]) wywoływał na kończynach zwierząt silne przekrwienie bierne i potem w przekrwione części wstrzykiwał w czasie od 1—24 godzin hodowle chorobotwórczych drobnoustrojów i to w takich dawkach, które dla zwierząt kontrolnych były bezwzględnie zabójcze. Mimo to zwierzęta te nie ginęły, widocznie drobnoustroje, wstrzyknięte w przekrwione członki, traciły swą jadowitość; ulegały zaś zakażeniom zwierzęta tylko wtedy, jeśli opaska była tak mocno założona, że wstrzymując zupełnie dopływ krwi do kończyny, wywoływała w niej zaburzenia odżywcze. Jeśli w jakiś czas potem wstrzyknięto tę samą dawkę chorobotwórczych drobnoustrojów w kończynę nie przekrwioną temu samemu zwierzęciu. które wśród poprzedniego doświadczenia (wstrzyknięcie w przekrwioną kończynę) nie zginęło, to zawsze doświadczenie takie kończyło się śmiercią zwierzęcia. Nötzel dowiódł także, że sok, uzyskany z tkanek, w których wywołano przekrwienie bierne, działa silniej bakteryobójczo, niż prawidłowy sok tkankowy i silniej, niż surowica krwi.

Wszyscy ci autorowie wykonali doświadczenia swoje na zwierzętach i dlatego wyników tych doświadczeń nie można przenieść bez zastrzeżeń na stosunki u ludzi. Należy np. zważyć, że w tych doświadczeniach stosowano przekrwienie bierne tak silne i niejednokrotnie tak długo, jakiegoby nie zniósł żaden człowiek i jakiego nikt wśród leczenia nie stosuje

Dlatego postanowił Laqueur[5]) zbadać wpływ, jaki wywiera przekrwienie bierne na ludzką krew. W pracy swej dochodzi on do następujących wniosków:

Bardzo wielkich różnic w bakteryobójczej sile surowicy krwi przed i po przekrwieniu biernem nie można stwierdzić, a nawet w tych przypadkach, w których wynik wedle załączonych tablic był dodatni, nie wzrastała siła bakteryobójcza krwi nawet w przybliżeniu tak znacznie, jak to stwierdzał np. Hahn po wstrzyknięciu tuberkuliny u człowieka. W przeważnej liczbie spostrzeganych przypadków zauważył Laqueur wzrost liczby krwinek białych, ale tylko o 500, a najwyżej o 3000. Najczęściej stwierdzał względne wzmaganie się bakteryobójczej siły krwi po energicznem, 1—2 godzin trwającem przekrwieniu, mniej stale następowało ono po długotrwałem przekrwieniu.

Pozwolę sobie na tem miejscu zauważyć, że Laqueur wykonywał swe doświadczenia na ludziach zdrowych, albo na chorych, cierpiących na przewlekły gościec stawowy

Skoro zatem czynnika leczniczego nie wykryto w surowicy krwi ludzkiej, zwróciłem się w moich badaniach do morfologicznych składników krwi.

Co się tyczy sposobu badania, to z początku badałem odpowiednie przypadki w ten sposób. że pierwszy raz brałem krew do badania z chorej części ciała przed zastosowaniem jakiegokolwiek leczenia, a potem również tylko z chorej, przekrwieniem leczonej części ciała, oczywiście z końcem tego czasu, na jaki opaskę zakładałem i zanim ją jeszcze zdjąłem. Potem postępowałem inaczej. Zanim zaczęto w jakimś przypadku stosować przekrwienie, brałem krew z jakiejkolwiek okolicy ciała, a skoro leczenie rozpoczęto, bra-

[1]) „Arch. f. kl. Chir.“ Bd. 48. S. 337.

[2]) „Centralbl. f. Bakt.“ Bd. 22. 1 Abth. S. 403.

[3]) „Münch. med. Woch.“ 1899. Nr. 39 i 40.

[4]) „Centralblatt f. Bakteriologie“ Bd. 23. 1 Abt. S. 345 i „Virch. Arch.“ Bd. 156.

[5]) „Zeitschrift f. exper. Patholog. u. Therapie“ I Bd. III. Heft. 1905. S. 670.

łem krew z uciśniętego członka i równocześnie dla porównania z jakiejś zdrowej okolicy, rzecz prosta także przed zdjęciem opaski. Dwa przypadki badałem od samego początku, a więc przed i po zastosowaniu przekrwienia, jednakowo: od samego początku brałem krew z chorego i dla porównania ze zdrowego członka. A wreszcie w jednym przypadku ropnego zapalenia sutka, leczonego zapomocą ssącej bańki Bier-Klappa, badałem od samego początku krew z palca ręki w kilka minut po zdjęciu bańki ssącej.

Wykonałem przeszło 150 badań krwi. Krew brałem nie z żył, lecz przez nakłucie skóry, a więc z naczyń włosowatych.

Ażeby uchylić z góry zarzut, że w przypadkach przezemnie spostrzeganych obok przekrwienia działały inne czynniki lecznicze, nie dostawali moi chorzy żadnych leków, a na chore członki tylko okłady z 3% wodnego rozczynu kwasu borowego lub z fizyologicznego rozczynu soli kuchennej.

Spostrzegałem przypadków dziesięć: siedem przypadków ropienia na kończynach, twarzy i w sutku, jeden przypadek zgorzeli u staruszki, dotkniętej cukromoczem i dwa przypadki gruźlicy kości. W pierwszych pięciu przypadkach ropienia zakładano opaskę na długie godziny, nieraz i na 20 i więcej godzin na dobę bez przerwy; w następnych pięciu przypadkach (zastrzał palca, zapalenie ropne sutka, zgorzel nogi, dwa przypadki gruźlicy kości) zakładano opaskę tylko na krótki czas, a więc najwyżej dwa razy dziennie po godzinie, przed i po południu.

I.

Co się tyczy przypadków, leczonych przekrwieniem przez kilkanaście godzin na dobę, to spostrzegałem, co następuje:

Ani liczba krwinek czerwonych, ani zasobność ich w hemoglobinę, nie ulegały nigdy wahaniom, godnym uwagi. Liczby te trzymały się prawie zawsze na jednej wysokości, albo wahały się w bardzo nieznacznych granicach tak, że w ostatnich przypadkach liczb tych już nie oznaczałem.

W niektórych przypadkach można było tylko zauważyć w krwinkach czerwonych zasadochłonne ziarenka. Zjawiały się one zawsze wtedy, kiedy sprawa chorobowa miała się ku schyłkowi, a im bliższy był powrót do zdrowia, tem ziarenka zjawiały się obficiej. Nadto zawsze częściej spotykałem to we krwi z członka chorego, niż we krwi z innych części. I tak n. p. znalazłem takich krwinek z ziarniną bazofilną w krwi z chorej ręki 25, a w takiejże ilości krwi ze zdrowej ręki 6, innym razem było ich 47 i 4 i t. d.

Prawie we wszystkich w ten sposób leczonych przypadkach wzrastała liczba krwinek białych już na drugi, najdalej na trzeci dzień: w jednym przypadku prawie się potroiła, z 10,800 podniosła się na 30,000, zresztą zapisałem następujące wzniesienia: z 8,000 na 16,000; z 5,000 na 8,000, z 15,200 na 22,000 a raz z 10,000 na 11,300. W trzecim, najdalej zaś w czwartym dniu stosowania długotrwałego przekrwienia zaczynała liczba leukocytów spadać. Prawie zawsze spadała poniżej liczby pierwotnej, stwierdzonej przy początku doświadczenia i nie dosięgała jej już prawie nigdy. Zjawisko to tłómaczę sobie wprost olbrzymią zastoiną, którą wywoływało zaciśnięcie kończyny, stosowane z dnia na dzień po godzin 20 i więcej. Należało bowiem do największych trudności przy późniejszych badaniach uzyskać przez nakłucie skóry w przekrwionej kończynie istotnie krew. Nawet przez najgłębsze ukłucie nie można było dostać krwi, natomiast z wszystkich otworów, powstałych przez nakłucie, sączyła się czysta żółtawa ciecz, nieraz niezmiernie obficie, a tylko czasem bywała ciecz zmieszana z krwią. I dlatego spadały liczby krwinek białych poniżej początkową liczbę i poniżej liczby krwinek białych w krwi kończyny zdrowej, nieuciśniętej, dla porównania badanej. Prawie zawsze była liczba krwinek białych we krwi zdrowej kończyny o wiele większa, niż w cieczy krwawej, uzyskanej z kończyny chorej, nie tak rzadko w dwójnasób większa. Raz nawet znalazłem w chorej przekrwionej kończynie zaledwo 1,800 krwinek białych, gdy natomiast ich liczba w kończynie zdrowej wynosiła równocześnie 14,700. Z liczb tych zatem, od trzeciego lub czwartego dnia przekrwienia począwszy, nie wolno i nie możemy wnosić, jakie były istotne stosunki co do bezwzględnej liczby krwinek białych w uciśniętej kończynie. Jedynie pewnem jest to, że z samego początku kończyna chora oddziaływała na założenie opaski nieraz wybitną leukocytozą. Czy to oddziaływanie może i dalej się utrzymywało, a tylko gwałtowne nasiąkanie tkanek cieczą kryło je przed naszemi oczami, tego oczywiście nie mogę na pewno rozstrzygnąć.

W badaniach swoich zwracałem również uwagę na odsetkowy stosunek rodzajów krwinek białych i przekonałem się, że już po pierwszem długotrwałem przekrwieniu odsetkowa liczba limfocytów zaczyna wzrastać, a równocześnie odsetek wielojądrzastych neutrofilów opadać i to prawie zawsze o tę samą liczbę. I tak n. p. odsetek limfocytów wzrósł w jednym przypadku w ciągu dnia z 4% na 20·5%, w tym samym zaś czasie neutrofile spadły z 86% na 69·5%, czyli innymi słowy limfocyty podniosły się o 16·5% i również o 16·5% spadły neutrofile. W innym przypadku wzrósł odsetek limfocytów w ciągu doby z 7·5% na 20·76%, a odsetek neutrofilów spadł z 83·8% na 68·70%; w trzecim przypadku znowu limfocyty w ciągu pierwszej doby podniosły się o 21%, a prawie o tę samą liczbę opadł odsetek neutrofilów. (Limfocyty wynosiły 10·5% i 31·42%; a wielojądrzaste neutrofile 82·5% i 61·14%). Przez cały czas spostrzegania, od drugiego dnia począwszy, był odsetek limfocytów wysoki, wyższy, niż z początku przed stosowaniem przekrwienia, a odsetek neutrofilów nizki, niższy, niż w pierwszym dniu przed założeniem opaski. Odsetek limfocytów miał nadto skłonność do dalszego podnoszenia się z dnia na dzień, natomiast neutrofile zachowywały się wprost odwrotnie. Za przykład niechaj służą następujące dwa szeregi liczb, wyrażających w odsetkach limfocyty i neutrofile. Oto w jednym przypadku zachowywały się limfocyty i neutrofile, jak następuje:

limfocyty . 4% — 20 5% — 25 6% — 33 51% — 39%
neutrofile 86% — 69 5% — 63 5% — 56·4% — 52 67%

w innym zaś:

limfocyty . . 7 5% — 20 76% — 25·37% — 28%
neutrofile . . 83·8% — 68·70% — 59·02% — 58·68%

Ile wynoszą bezwzględne liczby różnych rodzajów krwinek białych, nie mogę na pewno powiedzieć, i to z tej samej przyczyny, dlaczego nie mogłem oznaczyć bezwzględnej liczby wszystkich białych krwinek razem już od trzeciego lub czwartego dnia przekrwienia. Gwałtowne, powyżej

już wspomniane nasiąknięcie tkanek cieczą zaciera bezwzględne liczby krwinek, tylko wzajemny stosunek różnych rodzajów krwinek prawdopodobnie nie ulega zmianie.

II.

Przejdźmy teraz do następnych 5 przypadków, w których stosowano przekrwienie bierne najwyżej przez dwie godziny dziennie i to z jednorazową przerwą.

W trzech z tych przypadków spadła liczba krwinek białych już po pierwszym półgodzinnym ucisku i to: z 20,100 na 8,800 w przypadku zastrzału palca, z 23,000 na 19,700 w przypadku zgorzeli stopy i z 11,000 na 8,000 w przypadku gruźlicy ręki. Mieliśmy tu zatem zjawisko, wręcz przeciwne, jak w przypadkach pierwszej grupy. I od tej chwili liczba krwinek białych prawie już nigdy (z jedynym wyjątkiem) nie dosięgała początkowej wysokości. Co jednak mimo to uderzało zawsze i stale, to okoliczność, że liczba krwinek białych w kończynie chorej zawsze była większa od liczby krwinek białych w kończynie zdrowej. Różnica wynosiła nierzadko na korzyść kończyny chorej 5,000, a czasem i wyżej 10,000. A jeśli zważymy, że i na krótki czas regularnie dzień w dzień stosowana opaska przecież wyraźną zastoinę z następowem obfitem nasiąknięciem tkanek cieczą wywoływa, to przytoczone różnice musimy uważać tylko za pozorne, a w istocie muszą być one znacznie większe. Że i w tej grupie przypadków znalezione bezwzględne liczby krwinek białych w przekrwionych kończynach są tylko pozornie bezwzględnemi, dowodzi tego najlepiej ta okoliczność, że i w tej grupie przypadków już po kilku dniach stosowania opaski, przez nakłucie uciskanej kończyny igłą często dostawałem albo tylko czystą ciecz, albo ciecz zmieszaną z krwią. I dlatego uważam za prawdopodobne, że w przekrwionych kończynach znajdowały się w istocie krwinki białe w znacznie większych ilościach, niż je mogło badanie stwierdzić.

W przypadku zgorzeli otrzymaliśmy te same wyniki, co w powyższych przypadkach. Przypadek ten spostrzegałem przez jakie 3 tygodnie, badając prawie codziennie krew. Po 10 dniach jednak zaczęły liczby leukocytów w kończynie chorej spadać i to nieraz poniżej liczby leukocytów w kończynie drugiej zdrowej. Zjawisko to jednak było również tylko pozorne, wywołane wprost olbrzymią zastoiną. Nieraz kilkanaście razy nakłuwałem chorą nogę poniżej założonej opaski i dobywałem zawsze tylko czystą żółtawą ciecz tak, że nie można nawet było myśleć o policzeniu krwinek wogóle.

W dwu ostatnich na tę modłę leczonych przypadkach (gruźlica prawej nogi i ropne zapalenie sutka u karmiącej) nie zauważyłem, jak to bywało w innych przypadkach tej grupy, początkowego spadania liczby krwinek białych, lecz przeciwnie od samego początku stwierdzałem wzrost liczby leukocytów.

Dla objaśnienia pozwolę sobie przytoczyć następujące 3 przypadki:

1) Marya Zw., l. 60, bez zajęcia. Przed 2 tygodniami zauważyła na podeszwie stopy lewej wrzód pod paluchem, który powstał bez znanej przyczyny i powiększał się z dnia na dzień. Chora miewała odtąd codziennie dreszcze i gorączkę obok bolów w nodze.

Stan obecny: 20. XI. 1905. Chora dobrej budowy ciała, licho odżywiona; w narządach wewnętrznych nie stwierdzono żadnych poważniejszych zmian. Tętno 100, regularne, drobne. Nieznaczna miażdżyca tętnic. Ciepłota 36·5° C. Na lewej stopie zgorzelinowy wrzód, który ciągnie się od nasady palucha na podeszwie zewnętrznym brzegiem stopy na grzbiet stopy również do nasady palca wielkiego. Sam paluch cały siny, lekko zasiniały palec sąsiedni. Wrzód mierzy 8 cm. długości, a 6 cm. szerokości, ma ciemnobrunatne, nierówne dno i wydziela obfitą, znamiennie cuchnącą wydzielinę. Grzbiet stopy aż do stawu skokowego zaczerwieniony i obrzękły. Tętno w tętnicy grzbietowej stopy macalne tak po stronie chorej, jak i po stronie zdrowej. W moczu 8% cukru, białka drobny ślad, c. g. 1·040.

Rozpoznanie: Zgorzel stopy na tle cukrzycy.

Chorej podano odpowiednią dyetę, sól karlsbadzką, miejscowo na stopę okłady z fizyologicznego roztworu soli kuchennej, a na kończynę chorą zakładano powyżej kolana opaskę elastyczną co dzień rano i wieczór z początku na ½ godziny każdym razem, a później na godzinę lub nieco dłużej. (Patrz tabl. *a* i *b*).

11. grudnia zrobiono dwa głębokie nacięcia na goleni, wypuszczono wiele ropy i ciepłota opadła do prawidłowej. Później ilość cukru w moczu znowu się podniosła, ropienie posuwało się wzdłuż ścięgien w górę i chora z końcem grudnia zmarła.

2) Anna S., l. 20. Chora od 4 lat. Rozpoznanie: *Tuberculosis pedis dextri*. Przyjęta 9.12 1905. (Patrz tabl. *c*).

3) D., 26 l.

Przed 12 dniami zaczęła ją bez znanej przyczyny pierś prawa (chora karmi) boleć i brzęknąć, głównie poniżej brodawki. Od tego czasu ciągle gorączkuje.

6/10. Stan obecny. Cała pierś prawa jest twarda, od brodawki w dół sino-czerwona. W jednem miejscu wyraźne chełbotanie.

Rozpoznanie: *Mastitis suppurativa dextra in nutriente.*

W dniu przyjęcia nacięto pierś w uśpieniu eterowem poniżej i na zewnątrz brodawki. Cięcie długości 3 cm. Przez ranę wypłynęło dużo ropy. Założono seton. Ciepłota 37° C. rano, 38·2° wieczór.

Od 7. XII. stan bezgorączkowy. Seton usunięto, natomiast stosowano codziennie na ½ godziny do 3 kwadransy ssący przyrząd Bier-Klappa na pierś, poczem pierś zawijano w jałową gazę.

W przypadku tym badano krew zawsze w kilka minut po zdjęciu klosza Bier-Klappa z piersi. Krew brałem z palca. (Patrz tabl. *d*).

14. X. Chora wyszła ze szpitala prawie wyleczona: pierś zupełnie sklęsła, przez ranę operacyjną wydziela się mało ropy, nawet pod ssącym kloszem Bier-Klappa. Chora zgłasza się nadal do leczenia ambulatoryjnego.

We wszystkich przypadkach tej grupy pojawiała się już po pierwszem półgodzinnem przekrwieniu wyraźna skłonność do wznoszenia się odsetkowej liczby limfocytów, do spadania wielojądrzastych neutrofilów. Zjawisko to jednak nie było bezwzględnie stałe. Dalszego stałego podnoszenia się liczby odsetkowej limfocytów, a opadania neutrofilów, nie można było spostrzegać tak, jak to widzieliśmy w pierwszej grupie przypadków. Liczby odsetkowe limfocytów były nieraz pięciokrotnie wyższe wśród leczenia, niż przed leczeniem i prawie zawsze większe, bardzo często w dwójnasób większe, w porównaniu z liczbą limfocytów zdrowej części ciała; liczby odsetkowe neutrofilów zaś były prawie zawsze niższe po stronie chorej, niż po stronie zdrowej. Różnica między liczbami odsetkowemi limfocytów po stronie chorej i zdrowej wynosiła zwykle prawie tyle, ile wynosiła różnica między odsetkiem neutrofilów po obydwu stronach, t. j. chorej i zdrowej. Że bezwzględne liczby limfocytów po stronie chorej wynosiły więcej, niż po stronie zdrowej, to się rozumie samo przez się, — ale i neutrofile, policzone w liczbach bezwzględnych, wynosiły zwykle również znacznie więcej, nieraz drugie tyle, po stronie chorej, niż po zdrowej. Czyli innymi słowy: z porównania tablic, podających liczby różnych leukocytów, łatwo się przekonać można, że wszystkie rodzaje krwinek białych, policzone w liczbach bezwzględnych, prawie zawsze po stronie chorej o wiele przenosiły liczby bezwzględne w badanej dla porównania zdrowej części ciała (miejscowa leukocytoza).

Co się tyczy innych rodzajów krwinek białych poza limfocytami i neutrofilami, nie stwierdziłem nic godnego uwagi. Nie spotykałem także w barwionych preparatach krwi

Tablica *a*).

	20/XI. Ciepłota 36·5. — 37·7. Chora dostaje opaskę na 1/2 godz. przed, i na 1/2 godziny po południu		21/XI. Ciepłota 37·5. — 37·7. Chora lepiej rusza małymi palcami, bóle mniejsze, zaczerwienienie mniejsze		22/XI. 37·2. — 38·2 Linia demarkacyjna widoczna		23/XI. 37·2. — 38·2. Bóle ustały. Sprawa się nie posuwa		24/XI. 36·5. — 39·2.	
	Krew przed leczeniem	Opaska na 1/2 godziny, potem badana krew z nogi	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka
Liczba ciałek białych .	23.000	19.700	20.600	15.400	17.600	16.200	18.200	17.000	18.800	16.000
Limfocyty	6% (1380)[1]	18·5% (3644)	29·5% (6077)	11·75% (1808)	24·15% (4312)	12% (1944)	31·5% (5733)	9·5% (1615)	17·5% (3290)	13·33% (2133)
Wielkie jednojądrzaste .	8·5% (1955)	3% (591)	2·5% (515)	2·25% (345)	3% (528)	1·5% (243)	2·5% (455)	6% (1020)	5·5% (1034)	3% (480)
Leukocyty. Neutrofile .	85% (19550)	78·5% (15405)	67·25% (13853)	84·25% (12973)	72% (12672)	86% (13932)	64% (11468)	84% (14280)	75·5% (14194)	83·67% (13387)
Eozynofile	—	—	0·5% (102)	1·55% (237)	0·5% (88)	0·5% (81)	1% (182)	0·5% (85)	0·5% (94)	—
Tuczne	0·5% (115)	—	0·25% (52)	0·25% (37)	—	—	1% (182)	—	1% (188)	—

[1]) W klamrach są bezwzględne liczby danych krwinek białych.

Tablica *b*).

	25/XI. Chora dostaje od dziś dnia 2 razy dnia opaskę po godzinie. Demarkacya wyraźniejsza. 26/XI. Paluch jest suchy, czarny, wyraźnie odgraniczony		29/XI. Ciepłota 38. — 39.		[1]) 1/XII. Ciepłota 37·4. — 39. Demarkacya coraz wyraźniejsza. Na brzegu demarkac. ziarnina. Olbrzymia zastoina, po ukłuciu sączy się prawie czysta surowica		3/XII Demarkacya zupełna. 5/XII. Febris continua. Paluch z łatwością oddzielono, na odsłoniętej powierzchni żywa ziarnina		10/XII. Wzdłuż ścięgien ropienie	
	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka	Noga	Ręka
Liczba ciałek białych .	18.200	16.200	28.000	21.800	19.466 !	20.200	8.100 !	14.000	24.200	18.200
Limfocyty	22% (4004)	7% (1134)	23% (6532)	12% (2616)	9% (1746)	4·5% (909)	11% (891)	6·5% (910)	5% (1210)	9·5% (910)
Wielkie jednojądrzaste .	7% (484)	3% (486)	4% (1136)	4% (872)	3·3% (641)	4% (808)	1·66% (134)	2·5% (350)	3% (726)	—
Leukocyty. Neutrofile .	74·34% (13530)	89% (14418)	73% (20732)	82% (17876)	87·7% (17013)	91·5% (18403)	86·34% (6993)	90·5% (12670)	92% (22264)	90·5 (16471)
Eozynofile	0·66% (120)	0·5% (81)	—	—	—	—	0·34% (27)	0·5% (70)	—	—
Tuczne	0·34% (62)	0·5% (81)	—	2% (436)	—	—	0·66% (55)	—	—	—

[1]) Mocz badany 30/XI zawiera 1/2% cukru, 0·025% białka, c. g. 1 020.

Tablica *c)*.

	9/12. Przed leczeniem. Krew z chorej nogi	9/12. Krew ze zdrowej ręki	10/12. Opaska na 1 godz. Z końcem godziny krew z Nogi	10/12. Z końcem godziny krew z Ręki	12/12. Chora dostaje codzień opaskę na godzinę. 12/12. Noga	12/12. Ręka	15/12. Noga	15/12. Ręka	16/12. Noga	16/12. Ręka	19/12. Noga	19/12. Ręka
Liczba ciałek białych	6.800	6 200	8.200	5.000	6.500	4.100	7.200	4.800	6.800	5.600	8.400	5.600
Limfocyty	23% (1564)	23% (1426)	17% (1394)	20% (1000)	26% (1690)	16% (656)	18·5% (1312)	14·5% (696)	25% (1700)	21% (1176)	14·5% (1218)	19% (1064)
Wielkie jednojądrz.	5·5% (374)	7% (434)	6% (492)	3% (150)	8% (520)	5% (205)	6·5% (468)	9·5% (456)	14% (952)	12% (672)	8% (672)	6% (336)
Neutrofile	65·5% (4454)	56% (3472)	69% (5658)	68% (3400)	64% (4160)	78% (3198)	64·5% (4644)	68·5% (3288)	55% (3740)	57% (3192)	71·5% (6006)	65% (3640)
Eozynofile	6% (408)	14% (868)	8% (656)	8% (400)	1% (65)	1% (41)	10% (720)	6·5% (312)	5% (340)	10% (560)	4·5% (378)	10% (560)
Tuczne	—	—	—	1% (50)	1% (65)	—	0·5% (36)	1% (48)	1% (68)	—	1·5% (126)	— itd.

prawie nigdy patologicznych postaci krwinek białych, prócz nader wyjątkowo spotykanych eozynochłonnych myelocytów. A barwiłem preparaty trójbarwikiem kwaśnym Ehrlicha, Pappenheima, a najczęściej barwikiem May-Grünwałda.

Ze spostrzeżeń moich pozwalam sobie wysnuć następujące wnioski:

Jest rzeczą niewątpliwą, że w tej części ciała, w której wywołuje się przekrwienie bierne, wytwarza się miejscowa leukocytoza i to już wtedy, kiedy jeszcze nie ma wyraźnego nasiąknienia tkanek.

Dla wytłómaczenia owej miejscowej leukocytozy nasuwają się następujące przypuszczenia:

Tablica *d)*.

	7/10. Przed leczeniem	8/10. Klapp na 1/2 godz	9/10.	11/10.	12/10.	14/10.
Liczba ciałek białych .	7.600	7.600	8.600	8.400	14.700[1])	9.500
Limfocyty	13% (988)	21% (1596)	12% (1032)	19% (1596)	15% (2205)	14% (1330)
Wielkie jednojądrzaste .	4% (304)	4% (304)	3% (258)	2% (168)	3% (441)	2·5% (238)
Neutrofile	80% (6080)	72·5% (5510)	81% (6966)	78% (6552)	79% (11613)	78·5% (7457)
Eozynofile	3% (228)	2·5% (190)	3% (258)	1% (84)	3% (441)	3·5% (332)
Tuczne	—	—	1% (86)	—	—	1·5% (143)

[1]) Z rany operacyjnej sączy się sporo ropy. Chora nie gorączkuje. Niema mowy o zatrzymywaniu się ropy. Na 200 leukocytów znalazłem 3 krwinki czerwone z zasadochłonnemi ziarenkami.

Od dawna jako pewnik stwierdzono, że krew, w prawidłowych warunkach w naczyniach krwionośnych płynąca, układa się w ten sposób, że w osi naczynia biegną krwinki słupem szerokim, jednostajnie czerwonym, który to słup otacza w koło pas osocza, niezawierający krwinek. W prądzie osiowym nie można poszczególnych krwinek odróżnić, a w prądzie osocza można czasem zobaczyć poszczególne krwinki białe, które wolno wzdłuż ściany się posuwają. Jeśli z jakiejkolwiek przyczyny prąd krwi się zwolni, to zwiększa się ilość krwinek białych, zjawiających się w przyściennym pasie osocza, niektóre z nich zatrzymują się i w miarę, im bardziej wolnieje bieg krwi, tem więcej krwinek białych

przechodzi w przyścienny pas osocza, tem więcej ich się zatrzymuje na ścianach naczynia; powoli obok nich zjawiają się i krwinki czerwone, a wreszcie krwinki białe zaczynają przenikać przez ściany naczyń, czemu towarzyszy wydobywanie się z naczyń płynu.

Otóż założenie opaski elastycznej wywołuje właśnie zwolnienie prądu krwi, czego wynikiem jest zatrzymywanie się w częściach przekrwionych większej ilości krwinek białych, czyli miejscowa leukocytoza. Czy w ten sposób można tłomaczyć tę leukocytozę, należałoby rozstrzygnąć doświadczeniem, któreby można wykonać na pletwie żabiej, ucisnąwszy poprzednio kończynę żaby elastyczną opaską. Takie doświadczenia mam zamiar później przeprowadzić.

Dalszą przyczyną, wywołującą miejscową leukocytozę, mogłaby być również wzmożona chemotaksis. Po założeniu opaski szkodliwe czynniki (jady), nie mogąc tak łatwo, jak poprzednio, z chorego ogniska dostawać się do innych części ustroju, zatrzymują się teraz w większej ilości, niż przedtem, poniżej opaski i wywabiają teraz większą ilość krwinek białych, niż przedtem. Sprawę tę doświadczeniem rozstrzygnąć jest niezmiernie trudno.

Wreszcie można myśleć o wzmożonem wytwarzaniu krwinek białych w narządach krwiotwórczych kończyn leczonych przekrwieniem. Że przekrwienie bierne, nawet mierne, sięga do najgłębszych żył w uciśniętych kończynach, dowodzi Bier w swej pracy: „Hyperaemie als Heilmittel. 1903". str. 55, gdzie wyraźnie powiada, że przekrwienie obejmuje nawet kości, gdyż po przepiłowaniu kości w przekrwionej kończynie stwierdza się silny wypływ krwi żylnej z jamy szpikowej. Przekrwienie więc szpiku kostnego i innych narządów krwiotwórczych może prawdopodobnie wywierać swój wpływ, czyto na wytwarzanie, czyto na eksport krwinek białych.

Stwierdziwszy niewątpliwą miejscową leukocytozę, wolno mi, sądzę, przypuszczać, że i fagocytoza miejscowa wzmaga się, a że fagocytoza może mieć ważne znaczenie w leczeniu omawianych cierpień, nie ulega chyba żadnej wątpliwości, jakkolwiek tej sprawy dotychczas nie badałem.

Niechaj mi wolno będzie wreszcie podziękować prymaryuszowi Drowi Bogdanikowi za chętne udzielenie mi materyału do mojej pracy.

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

Docent Witold Orłowski.

(Ciąg dalszy).

Lisfranc pierwszy stosował chlorek barowy jako lek sercowy. Opierając się na swoich spostrzeżeniach, że chlorek barowy przy dłuższem użyciu bardzo wybitnie zmniejsza częstość tętna, stosował go Lisfranc przeciwko wzmożonej czynności serca w organicznych chorobach serca. Coprawda, jeszcze wcześniej Hufeland polecał chlorek barowy w puchlinie, nie podaje jednak, w jakiej puchlinie ma ten lek działać korzystnie. Flint (32) uzyskał zapomocą chlorku barowego wyśmienite wyniki w przypadku wrzecionowatego tętniaka brzusznego odcinka tętnicy głównej, należy jednak zaznaczyć, że choremu jednocześnie zalecono spokój i ścisłą dyetę. W Anglii, według wiadomości, podanej przez Koberta w r. 1885, chlorek barowy bywa stosowany, jako lek równoznaczny z naparstnicą. Hare (33) stosował chlorek barowy w 7 przypadkach organicznych i czynnościowych chorób serca; wyniki były pomyślne; wobec tego Hare poleca go, jako tani lek sercowy, nie mający przytem smaku i trujący tylko w dawkach dużych; chlorek barowy działa szybko na podobieństwo naparstnicy, a ma nad nią tę przewagę, że nie wywołuje zaburzeń żołądkowych. Jaksch (34) uznaje podniecający wpływ chlorku barowego i poleca go zamiast naparstnicy i kalomelu w zaburzeniach wyrównania czynności serca. Schedel (22) stosował chlorek barowy u 13 chorych, przeważnie w przypadkach organicznych chorób serca; tylko kilku z tych chorych cierpiało na białaczkę, suchoty i blednicę ze znacznem obniżeniem parcia krwi. Na podstawie tych spostrzeżeń występuje Schedel jako gorący zwolennik chlorku barowego we wszystkich chorobach serca, zarówno mięśnia sercowego, jak i zastawek: wskazania dla chlorku barowego mają być zupełnie te same, co i dla naparstnicy. Badacz ten spostrzegał mianowicie, że już dawka 0·02 grm, kilkakrotnie powtórzona, podnosi czynność serca i ciśnienie krwi, zwiększa falę tętniczą i czyni tętno prawidłowem; znaczniej (45 mlm słupka rtęciowego) i na dłużej podnoszą ciśnienie dawki 0.03 grm. zwłaszcza zaś 0,05 grm., zwalniając wybitnie czynność serca. Nawet w ciężkich zaburzeniach wyrównania serca, przebiegających z sinicą, obrzękami, zastojem w płucach, chlorek barowy, według Schedela, sprowadza znaczną poprawę, podnosząc ciśnienie krwi, regulując czynność serca, wywołując obfite moczenie i usuwając objawy zastoinowe. Podniesione ciśnienie krwi trwa wogóle nie dłużej, niż 3 dni po odstawieniu leku; polepszenie zaś ogólnego stanu i zmiana tętna utrzymuje się zwykle jeszcze przez dni osiem. Chlorek barowy wreszcie działa, zdaniem Schedela, nieraz wyśmienicie w takich przypadkach, w których naparstnica była bezskuteczną. Niestety, dokładniejsze przejrzenie przytoczonych przez Schedela historyi chorób zmusza do wielkiej ostrożności względem nader pochlebnych dla baru jego wniosków. Zresztą i w części doświadczalnej praca Schedela posiada wiele usterek, wobec czego, wbrew zdaniu Mięsowicza (36), nie mogę jej uznać za gruntowną. W samej rzeczy rozpoznanie choroby nie zawsze zgadza się z przytaczanymi przez Schedela wynikami badania przedmiotowego; następnie Schedel ogranicza się prawie tylko do przytoczenia liczb parcia krwi i tętna, tylko gdzieniegdzie zaznaczając, jakie było wydzielanie moczu; stosując chlorek barowy u chorych gorączkujących, autor nie podaje dokładnie ciepłoty, w toku spostrzeżeń z barem nie podaje nic o zmianach narządów wewnętrznych, nawet serca. Rzecz prosta, że w tych warunkach wzmianka, iż ciśnienie krwi podniosło się, a tętno stało się wolniejsze, nie może mieć doniośląjszego znaczenia. Lecz i te wnioski Schedela nie zawsze odpowiadają tym, które, zdaje się, miał prawo wysnuć ze swoich spostrzeżeń. Albowiem z 11 spostrzeżeń zwolnienie tętna nastąpiło tylko w 5 przypadkach; w jednem chlorek barowy wywołał przyspieszenie, w jednem począt-

kowe zwolnienie, następnie przyspieszenie, wreszcie w 5 przypadkach tętno nie zmieniło się. Jako przykład, że tętno pod działaniem chlorku barowego staje się prawidłowe, przytacza Schedel sfigmogram (str. 101, fig. 5 i 6) przed i po stosowaniu w ciągu 4 dni chlorku barowego w dawce dziennej 0·05; w rzeczywistości jednak przytoczony sfigmogram, wskazując, że chlorek barowy zwiększył falę tętniczą, świadczy jednocześnie o nieprawidłowym charakterze tętna. Co się tyczy ciśnienia krwi, to podniosło się ono w 8 przypadkach, w 3 zaś innych już to podnosiło się znacznie, już to spadało do pierwotnego poziomu lub nawet niżej; działanie następowe w tym kierunku pojawiło się tylko w 3 przypadkach.

Tabora (35) przeprowadził spostrzeżenia na 6 zdrowych osobach i 30 różnych chorych, przeważnie na serce. Wnioski jego są następujące: chlorek barowy podnosi ciśnienie krwi, obniża częstość tętna, wzmaga jego napięcie, czyni je prawidłowszem, zwiększa znacznie ilość moczu lub przeciwnie nie wywiera pod tym względem żadnego działania, wreszcie zmniejsza lekkie objawy zastoinowe, nie wpływając wcale na znaczniejsze. Tabora uważa chlorek barowy za wskazany we wszystkich przypadkach niedomogi sercowej lżejszego stopnia, bez różnicy, czy ta niedomoga powstaje na tle zapalenia mięśnia sercowego, czy na tle wady sercowej. W tych przypadkach, zdaniem Tabora, chlorek barowy ma przewagę nad innymi lekami sercowymi, ponieważ działa szybko i nie poraża serca. W przypadkach zaś cięższego zaburzenia wyrównania chlorek barowy nie wytrzymuje, wbrew zdaniu Schedela, porównania z naparstnicą. Wreszcie w przypadkach, przebiegających ze znacznem wzmożeniem ciśnienia krwi, n. p. w przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu nerek z osłabieniem czynności serca, chlorek barowy może działać wprost szkodliwie. Tabora przypuszcza wreszcie, że chlorek barowy może być pożytecznym w tych chorobach zakaźnych, w których zaburzenia krążenia nie zależą od pierwotnego porażenia serca, lecz od porażenia ośrodków naczynioruchowych, n. p. we włóknikowem zapaleniu płuc.

Męsowicz (36) stosował chlorek barowy w 15 przypadkach, przeważnie w chorobach serca i naczyń z zaburzeniem wyrównania. Najstalszym i najwyraźniejszym objawem w jego spostrzeżeniach była zmiana jakości tętna, mianowicie zwiększenie jego napięcia; częstość tętna ulegała zmianie rzadko i niezbyt wyraźnie; ciśnienie krwi podnosiło się i to niekiedy dość znacznie, jednakowoż równocześnie z tym wzrostem parcia krwi nie szły w parze inne objawy przedmiotowe i podmiotowe, nawet wprost przeciwnie niekiedy stan chorego się pogarszał; ilość moczu częstokroć miernie zwiększała się, niekiedy zaś mimo wzmożonego ciśnienia krwi nietylko nie wzrastała, lecz przeciwnie wybitnie się zmniejszała. Męsowicz uważa chlorek barowy za wskazany w przypadkach niedomogi serca miernego stopnia, u których jednak przytem niema podwyższonego parcia krwi; w każdym razie z działaniem naparstnicy chlorek barowy nie wytrzymuje żadnego porównania.

Przechodzę teraz do własnych spostrzeżeń. Badania moje dotyczą przeważnie chorych na serce w okresie zaburzenia wyrównania. Najbaczniejszą uwagę zwracałem na to, by wybierać takich chorych, u których zaburzenie wyrównania występowało nie po raz pierwszy, pierwsze bowiem zaburzenia, jak wiadomo, przechodzą nieraz bez interwencyi leczniczej już pod wpływem spokojniejszego trybu życia, a więc przez samo przeniesienie chorego w lepsze warunki, które daje klinika. Naprzód przez pewien czas stosowałem u każdego chorego leczenie obojętne, podając Rp. *Dec. rad. altheae e 5,0 ad col. 200,* 3 łyżki stołowe na dobę. W czasie tego leczenia badałem wagę ciała, stan serca i innych narządów, tętno, oddechy, parcie krwi i ilość moczu, jak również nieprawidłowe jego składniki. Ciśnienie krwi mierzyłem tonometrem Gärtnera co 3 godziny; z szeregu otrzymanych liczb obliczałem średnią. Ten sposób postępowania pozwala, mojem zdaniem, prawdziwiej ocenić istotny stan ciśnienia krwi i jego zmiany pod wpływem różnych czynników, niż jednokrotne mierzenie zrana lub dwukrotne zrana i wieczorem Chorzy przez czas badań otrzymywali lekką dyetę; mleko dla przyczyn zrozumiałych usunąłem z pokarmów. Zwracałem wreszcie uwagę, żeby ilość płynów, które chory pił w ciągu każdej doby, była mniej więcej jednakowa. Aby módz porównać chlorek barowy z innymi lekami sercowymi, podawałem chorym po odstawieniu baru po kilku dniach obojętnego leczenia naparstnicę, gorzykwiat i inne środki.

Co się tyczy dawki chlorku barowego, to Crawford poleca nasycony rozczyn w dawce od 4 do 10 kropel 2 r. na dzień, Hufeland używał rozczynu z 2,0 na 30,0 wody i podawał od 10 do 50 kropli, więc od 0,03—0,18 grm., zależnie od wieku; Walsh radzi podawać go po jedzeniu w pigułkach, zacząwszy od 0,005 kilkakrotnie co dnia. Schedel wreszcie stosował chlorek barowy w proszku w dawce 0,03—0,05 1—2 razy dnia w 2 godziny po jedzeniu. W moich badaniach stosowałem chlorek barowy w proszkach w dawce 0,03—0,05, 2—3 razy dnia po jedzeniu.

Z szeregu spostrzeżeń przytoczę tutaj 10 następujących, o ile możności jak najtreściwiej:

Przypadek I. Rozpoznanie: *Stenosis ostii venosi sinistri.* G—s, lat 34, rolnik, wstąpił do kliniki 29/IX 1903, uskarżając się na duszność, obrzęki nóg, bicie serca, zawroty głowy i kaszel. 2 lata temu po przeziębieniu wystąpiły duszność i kaszel z plwociną, zabarwioną krwawo, wkrótce zaś dołączyły się obrzęki nóg. Kaszel trwał rok, obrzęki ½ r. Rok temu wystąpiły znów obrzęki nóg i duszność. Nowe pogorszenie choroby nastąpiło przed tygodniem. W 13 roku życia przebył chory ostry gościec stawowy. Wzrostu wysokiego, budowa ciała mocna, odżywienie liche; sinica kiści rąk i warg niewielka; obrzęk goleni. Uderzenie koniuszka serca znajduje się w V międzyżebrzu na lewo od sutka. Stłumienie serca sięga w prawo do linii środkowej, w lewo o ½ palca w lewo od sutka, ku górze do III-go międzyżebrza. Nad koniuszkiem serca szmer przedskurczowy; 2 tony, pierwszy wzmocniony: drugi ton nad tętnicą płucną wzmocniony; w tętnicach szyjnych (*a. carotis*) i podobojczykowych jeden ton. Tętno słabo napięte, niemiarowe, jednoczesne ze skurczem serca, 80 uderzeń na 1'; tętnice obwodowe sprężyste. Ciśnienie krwi 105 mm. słupka rtęciowego. W płucach rozsiane suche rzężenia, pod łopatkami zaś słychać i drobnobańkowe wilgotne. W III międzyżebrzu na lewo od mostka niewielkie stłumienie odgłosu wypukowego i trzeszczenie. Wątroba o 1 palec poniżej żeber, bolesna. Chory zażywa *Dec. rad. altheae 5,0 ad col. 200,0.* Ds. 3 stołowe łyżki co dnia.

30/IX. Dobowa ilość moczu 600 sz. cm., ciężar właściwy 1,020, białka, cukru i innych pierwiastków nieprawidłowych nie zawiera. Waga ciała 75 kg. Tętno 82, niemiarowe, liczba oddechów 24. Od 1/X do 4/X stan chorego nie zmienił się. Tętno wahało się w granicach 80—85, było niemiarowe, napełnienie fali było słabe, ciśnienie krwi 105—110 mm., liczba oddechów 22—26; ilość moczu dobowa 650—750 sz. cm., ciężar właściwy 1,018—1,022. 5/X waga 74800 gr. Tętno 84, niemiarowość słabo wyrażona, ciśnienie krwi 110, oddechów 23; mocz 700, cięż. właśc. 1019. 6/X. Od rana chory zażywa chlorek barowy w dawce 0,03 gr. 3 razy co dnia. Waga

74900. Tętno 80, wypełnienie fali większe, ciśnienie krwi 130, oddechów 22, mocz 1500, cięż. właśc. 1,012. 7/X. Górna granica stłumienia sercowego — 4-te żebro, lewa w linii sutkowej; uderzenie koniuszkowe widoczniejsze; szmer przedskurczowy wyraźniejszy. Waga ciała 74700. Tętno 78, natężenie zwiększyło się, niemiarowość słabsza. Ciśnienie krwi 140, oddechów 23, mocz 1600, cięż. właśc. 1.010. 8/X. Chory czuje się lepiej: duszność zmniejszyła się, obrzęki nóg sklęsły. Waga 74500. Tętno 79, ciśnienie krwi 145, oddechów 20, moczu 1500, ciężar właściwy 1,010. 9/X. Tętnica sprychowa przedstawia się twardszą, napełnienie fali tętniczej obniżyło się. Waga 74500. Tętno 80, ciśnienie krwi 155, oddech 22, moczu 900, cięż. właśc. 1,014. 10/X. Uskarża się na bicie serca. Stłumienie sercowe w prawo nieco zachodzi za linię środkową; niemiarowość tętna znaczniejsza; tętnice sprychowe twarde; fala tętnicza niewielka. Waga 74400. Tętno 83, ciśnienie krwi 130, oddech 24, moczu 800, cięż. właśc. 1,015. Chlorek barowy usunąłem. 11/X. Choremu zaleciłem napar z liści naparstnicy 0,3 *ad col.* 180,0, 3 stoł. łyżki co dnia. Bicie serca ustąpiło. Natężenie tętna obniżyło się, fala tętnicza zwiększyła się. Waga 74660. Tętno 80, ciśnienie krwi 125, oddech 20, moczu 900, cięż. właśc. 1,015. 12/X Waga 74300. Tętno 78, ciśnienie krwi 130, oddech 20, moczu 1200, cięż. właśc. 1,013. 13/X. Czuje się lepiej; duszność i kaszel zmalały znacznie. Waga 74000. Tętno 78, ciśn. krwi 130, oddech 18, moczu 1800, cięż. właśc. 1,013. 14/X. Tętno miarowe. Bolesność wątroby zmniejszyła się; obrzęki nóg prawie znikły. Waga 74100. Tętno 76, ciśn. krwi 130, oddech 18, moczu 2000, cięż. właśc. 1,009. Dalszych badań na tym chorym zaprzestałem.

Przypadek II. Rozpoznanie: *Stenosis ostii venosi sinistri; cirrhosis hepatis.* I—w, złotnik, 24 lat, wstąpił do kliniki, uskarżając się na duszność, kaszel i ogólne niedomaganie. Zachorował na na 5 dni przed wstąpieniem do kliniki wśród objawów nieżytu nosa, łamania rąk i nóg, gorączki i suchego kaszlu; duszność, którą miał chory przedtem, zwiększyła się. Przed 9 laty przebył jakąś chorobę gorączkową, która trwała 3 tygodnie. W 4 miesiące po tem cierpieniu powstał kaszel z domieszką krwi w plwocinie i duszność przy wchodzeniu na schody. Zjawiska te już to znikały, już to znów powracały. 3 lata temu duszność znacznie się wzmogła, 2 lata temu dołączyły się obrzęki na nogach i twarzy, co zmusiło chorego położyć się w szpitalu. W zeszłym roku z tymi objawami leżał w klinice. Kiły nie przebywał, również gośćca; napojów wyskokowych nie nadużywał.

Spostrzeżenia rozpocząłem już po kilku tygodniach pobytu chorego w klinice, mianowicie 20/X 1903. Przy badaniu przedmiotowem tego dnia stan chorego był następujący. Wzrost 170 cm., waga 50600 gr. Kręgosłup zgięty ku stronie prawej; prawa połowa klatki piersiowej tworzy garb. Okolica serca wypuklona. Kiści rąk i stopy nóg zimne, sinawe. Tętnice obwodowe sprężyste. Tętno w stanie spokoju chorego 85, po ruchach 95. nieco niemiarowe, tętnice słabo napełnione; skurczów serca w stanie spokoju 90. Uderzenie koniuszkowe niewidoczne, słabo wymacalne w 5 międzyżebrzu. Stłumienie sercowe w prawo zachodzi o 1 palec za prawą linię mostkową, w lewo o 1 palec za linię sutkową, ku dołowi do 6 żebra, ku górze do 4. Nad koniuszkiem serca 2 tony, pierwszy znacznie wzmocniony z szmerem przedskurczowym, macalnym w postaci mruku kociego; wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą płucną; w tętnicach szyjnych podobojczykowych 2 słabe tony. Tętnienie dołka sercowego *(sub scrobiculo)*. W płucach niewiele suchych rzężeń. Wątroba 3 palce poniżej żeber, gładka, miernej zbitości, bolesna, brzeg wątroby zaokrąglony. Śledziona zbita, bolesna, dolna granica 3 palce niżej łuku żebrowego, górna granica na 8 żebrze. Puchliny brzusznej i obrzęków niema. Ciśnienie krwi 100 mm. Ciepłota prawidłowa. Dobowa ilość moczu 930 sz. cm., cięż. właśc. 1,013, nieprawidłowych składników nie zawiera. 21/X. Sinica wyraźniejsza Waga ciała 50800. Tętno 92, niemiarowe, skurczów serca 100, ciśnienie krwi 100, oddechów 28, moczu 650. cięż. właśc. 1,016. 22/X. Stłumienie serca w prawo dochodzi do prawej linii mostkowej. Waga 50400. Tętno 83. skurczów serca 92, ciśnienie krwi 100, oddechów 27. Moczu 1050 sz. cm., cięż. właśc. 1,011. 23/X. Waga 50500. Tętno 84. niemiarowe, skurczów serca 94, ciśnienie krwi 100, oddechów 26. Moczu 700 sz. cm., cięż. właśc. 1,013. 24/X. Od rana zażywa chlorek barowy 2 razy po 0,05 gr. Waga 50200. Tętno 85, niemiarowe, skurczów serca 90, ciśnienie krwi 115. oddechów 27. Moczu 1250 sz. cm., cięż. właśc. 1,014. Stłumienie serca w prawo dochodzi do linii środkowej. 25/X. Zażywa chlorek barowy po 0,05 3 razy w ciągu dnia. Waga 49800. Niemiarowość czynności serca zwiększyła się; prawa granica stłumienia serca przesunęła się do prawej linii mostkowej. Tętno 82, napięte, skurczów serca 92. Ciśnienie krwi 115, oddechów 24. Moczu 900, cięż. właśc. 1,018. 26/X. Prawa granica stłumienia sercowego zachodzi o 1 palec za prawą linię mostkową; rytm skurczów serca wahadłowy, niemiarowość zwiększa się; szmer przedskurczowy słaby; mruku kociego nie wyczuwa się. Waga 49900. Tętno 84, niemiarowe, napięcie tętna o wiele wyższe; tętnica sprychowa drutowato twarda; skurczów serca 89, ciśnienie krwi 128, oddechów 25. Moczu 750 sz. cm., ciężar właśc. 1,018. 27/X. Chlorek barowy odstawiono. Chory zażywa odwar ślazu (*althaea*). Waga 49600. Tętno 74 na 1', fala tętnicza zwiększyła się, niemiarowość mniej wyraźna; napięcie tętna obniżyło się; skurczów serca 80. Ciśnienie krwi 115, oddechów 28. Moczu 900 sz. cm., ciężar właśc. 1,020. 2 płynne stolce. 28/X. Miał 4 płynne stolce ze słabymi bólami. Na goleniach przy dłuższym ucisku występują nieznaczne dołki. Waga 50300. Tętno 82 na 1', niemiarowe, skurczów serca 86, ciśnienie krwi 110, oddechów 30. Moczu 850 (część została niezebraną), cięż. właśc. 1,020. Zaleciłem Rp. *Bismuthi salicylici 0,5. Opii puri 0,015* Mfp. Ds. 3 proszki co dnia. 29/X Stłumienie serca sięga w prawo do prawej linii mostkowej; u koniuszka serca wyczuwa się mruk koci; obrzęków niema; 2 papkowate stolce. Waga 50700. Tętno 84, zrzadka niemiarowe, skurczów serca 86, ciśnienie krwi 105, oddechów 28. Moczu 1250 sz. cm., cięż. właśc. 1.015. 30/X. Czynność jelit prawidłowa. Waga 50500. Tętno 77, skurczów serca 84, ciśnienie krwi 105, oddechów 24. moczu 1150 sz. cm. cięż. wł. 1,013. Leki odstawiłem i zaleciłem chlorek barowy po 0,03 gr. 2 razy na dzień. 31/X. Waga 50900. Tętno 84, skurczów serca 84, ciśnienie krwi 100, oddechów 26. Moczu 850, cięż. właśc. 1,019. 1/XI. Wczoraj wieczorem był napad bicia serca. Tętno 88, napięte, skurczów serca 88, ciśnienie krwi 115, oddechów 26. Moczu 800, cięż. właśc. 1,018. Stan narządów wewnętrznych nie zmienił się. Chlorek barowy usunąłem. Chory 2/XI znowu zażywa odwar ślazu. 2/XI. Waga 51000. Tętno 80, nieco niemiarowe, skurczów serca 85, ciśnienie krwi 110, oddechów 26. Moczu 1000, cięż. właśc. 1,017. 2 płynne stolce. 3/XI. Stolec prawidłowy. Waga 50900. Tętno 85, napełnienie niezmienione, skurczów sercowych 87, ciśnienie krwi 100, oddechów 24. Moczu 900 sz. cm., cięż. właśc. 1,016. Od 4/XI do 9/XI szczególne zmiany w stanie chorego nie zaszły, z wyjątkiem zmniejszenia się moczenia i zwiększenia się wagi ciała. 9/XI. Waga 51600. Tętno 88, niemiarowe, o słabem napełnieniu; skurczów serca 90, ciśnienie krwi 105, oddechów 28. Moczu 750. Cięż. właśc. 1,020. 10/XI. Waga 51750. Tętno 88, skurczów serca 90, ciśnienie krwi 105, oddechów 26. Moczu 675, cięż. właśc. 1,021. 11/XI. Chory zażywa chlorek barowy w dawce 0,05 gr. 3 razy dziennie. Waga 51700. Tętno 88, napięte, nieco niemiarowe; tętnice sprychowe twarde; skurczów serca 88, ciśnienie krwi 105, oddech 21. Moczu 1100, ciężar właśc. 1,016. 12/XI. Stłumienie serca w prawo sięga o ½ palca za prawą linię mostkową. Waga 51400. Tętno 83, napięte, niemiarowe; tętnica sprychowa stwardniała; skurczów serca 83, ciśnienie krwi 105, oddechów 24. Moczu 600 sz. cm., cięż. właśc. 1,023. 13/XI. Stan bez zmiany. Waga 5130. Tętno 84, zachowuje też cechy, co i wczoraj. Skurczów serca 84, ciśnienie krwi 105, oddechów 24. Moczu 650 sz. cm., ciężar właśc. 1,021. Stolec płynny, nieobfity. Bar odstawiłem. 14/XI. Chory zażywa *dec. rad. altheae.* Waga 51400. Tętno 77, natężenie obniżyło się: tętnica sprychowa miękka; skurczów serca 86, ciśnienie krwi 100, oddechów 24. Stolec prawidłowy. Moczu nie badano. 15/XI. Waga 51600. Tętno 83, niemiarowe, skurczów serca 90, ciśnienie krwi 100. oddechów 24. Moczu 1100 sz. cm., cięż. właśc. 1,011. 16/XI. Prawa granica stłumienia sercowego w linii mostkowej prawej. Waga 51600. Tętno 88. niemiarowe, skurczów serca 90, ciśnienie krwi 95, oddechów 23. Moczu 1100, ciężar właśc. 1015. Dalszych badań nad tym chorym zaniechałem.

Przypadek III. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis, myocarditis chronica.* T—w, posługacz w wieku lat 50, wstąpił do kliniki 24/X 1903, uskarżając się na duszność, bicie serca, kaszel i obrzęki nóg. Przed 5 laty przebył ciężką błonicę, w której następstwie zostały bicie serca i duszność. Objawy te pod wpływem lekarstw czasowo ustępowały. 3 lata temu zauważył obrzęki na goleniach, które kilkakrotnie powracały. Obecnie zjawiły się one przed tygodniem i nie ustąpiły dotychczas pomimo, że chory wypił flaszkę naparu naparstnicy. Przez szeregi lat pijał co dzień 2—3 kieliszki wódki, czasem zaś o wiele więcej. Badanie przedmiotowe 26/X. Wzrost 178 cm., waga 60200 gr. Powłoki zewnętrzne blade, widzialne błony śluzowe sinawe. W płucach skąpe rzężenia suche; oddechów 33 na 1'. Uderzenie koniuszkowe znajduje się w V międzyżebrzu nazewnątrz od sutka. Stłumienie serca w prawo sięga do prawej linii mostkowej, w lewo o 1 palec za linię sutkową, ku dołowi do VI żebra, górna granica IV żebro. Tony serca i naczyń różnej siły i nieprawidłowego rytmu: po silniejszych uderzeniach i zwolnionym rytmie następują słabe i częste uderzenia. Nad koniuszkiem serca 2 tony, pierwszemu towarzyszy szmer; nad tętnicą główną i płucną 2 głuche tony; w tętnicach szyjnych i podobojczykowych jeden ton.

Tętnice obwodowe stwardniałe. Tętno 85, niemiarowe, o słabem wypełnieniu fali; liczba skurczów serca 105; ciśnienie krwi 100. Tętnienie dołka sercowego. Wątroba na 2 palce wychodzi z pod żeber, bolesna; puchliny brzusznej niema. Na goleniach nieznaczne obrzęki. Moczu 1000 sz. cm., cięż. właśc. 1,008, białka i innych nieprawidłowych składników niema. Chory zażywa *dec. rad. altheae e 5,0 ad col 200,0.* 27/X. Uskarża się na kaszel, zwłaszcza w nocy, i duszność; plwocina zawiera kilka krwawych kawałków; sinica kiści rąk. Waga 60200. Tętno 96, niemiarowe, skurczów serca 110, ciśnienie krwi 95, oddechów 33. Moczu 1450 sz. cm., cięż. właśc. 1,010. 28/X. Szmer w sercu jest słabszy. Obrzęki nieznaczne. Waga 60000. Tętno 96, niemiarowe, skurczów serca 108, ciśnienie krwi 95, oddechów 33. Moczu 600, cięż. właśc. 1,006. 2 płynne stolce. 29/X. Stolec prawidłowy. Waga 6000. Tętno 82, skurczów serca 95, ciśn. krwi 95, oddechów 30. Moczu 600, cięż. właśc. 1,006. Wobec uporczywego kaszlu zaleciłem kodeinę w dawce 0,01 2 razy co dzień. 30/X. Chory zażywa chlorek barowy w dawce 0,03 gr. 2 razy na dzień. Waga 60900. Tętno 84, niemiarowe, skurczów serca 102, ciśn. krwi 100, oddechów 33. Moczu 800, cięż. właśc. 1,008. 31/X. Waga 61600. Tętno 92, skurczów serca 99, ciśn. krwi 125, oddechów 30. Moczu 800, cięż. właśc. 1,008. 1/XI. Niemiarowość czynności serca znacznie się wzmogła. Waga 61600. Tętno 95, niemiarowe, napięte, skurczów serca 102, ciśn. krwi 110, oddech. 30. Moczu 825, cięż. właśc. 1,009. 2/XI. Objawy nieżytu oskrzeli silniejsze; pod łopatkami zastoinowe rzężenia drobnobańkowe. Stłumienie serca sięga w prawo o 1 palec za prawą linię mostkową; wątroba macalna o 3 palce niżej łuku żebrowego; obrzęki się zwiększyły. Waga 61000. Tętno 89, skurczów serca 103, ciśn. krwi 115, oddechów 32. Moczu 900, cięż. właśc. 1,005. Chlorek barowy usunąłem; chory zażywa *dec. rad. altheae.* 3/XI. Waga 61000. Tętno 93, skurczów serca 98, ciśn. krwi 110, oddechów 32. Moczu 750, cięż. właśc. 1,006. 4/XI. Waga 60900. Tętno 90, napięcie zmniejsza się, skurczów serca 102, ciśn. krwi 110, oddechów 30. Moczu 1250, cięż. właśc. 1,005. Zaleciłem *inf. adonid. vernalis e 6,0 ad col. 180,0,* 3 stoł. łyżki na dzień. 5/XI. Tętno 92, skurczów serca 100, ciśnienie krwi 100, oddechów 30. Moczu 1400, cięż. właśc. 1,004. 6/XI. Duszność zmniejszyła się; niemiarowość skurczów serca słabsza; wątroba macalna 2 palce poniżej żeber; obrzęki ustępują. Tętno 93, skurczów serca 99, ciśn. krwi 95, oddechów 30; moczu 1500, cięż. właśc. 1,005. 7/XI. Prawa granica stłumienia sercowego na prawej linii mostkowej. Waga 60300. Tętno 96, lepsze pod względem pojemności fali, skurczów serca 99, ciśn. krwi 95, oddechów 29; moczu 1550, cięż. właśc. 1,004. 8/XI. Rzężeń o wiele mniej; czynność serca o wiele lepsza; obrzęki bardzo nieznaczne. Waga 60000. Tętno 92, skurczów serca 94, ciśn. krwi 100, oddechów 28; moczu 1375. cięż. właśc. 1,004. 9/XI. Waga 59100. Tętno 98, skurczów serca 102, ciśn. krwi 100, oddechów 29; moczu 1600, cięż. właśc. 1,008. 10/XI. Dołki na goleniach można wywołać tylko przy dłuższym ucisku. Waga 58850. Tętno 94, skurczów serca 106, ciśn. krwi 95, oddechów 28; moczu 1000, cięż. właśc. 1,006. Gorzykwiat usunąłem. 11/XI. Waga 60900. Tętno 98, skurczów serca 106, ciśn. krwi 100, oddechów 29; moczu 1250, cięż. wł. 1,006. 12/XI. Waga 59950. Tętno 82, skurczów serca 100, ciśn. krwi 105, oddechów 27; moczu 900; cięż. wł. 1,009. 13/XI. Waga 59900. Tętno 97, skurczów serca 99, ciśn. krwi 105, oddechów 30; moczu 600, cięż. właśc. 1,013. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,05 2 razy dziennie. 14/XI. Waga 60800. Tętno 98, skurczów serca 101, ciśn. krwi 95, oddechów 34; moczu 800, cięż. właśc. 1,011. 15/XI. Duszność i kaszel wzmogły się; obrzęki zwiększają się; niemiarowość tętna znaczniejsza; tony serca głuche. Waga 61200. Tętno 100, skurczów serca 110, ciśn. krwi 95, oddechów 33; moczu 625, ciężar właśc. 1,014. Bar odstawiłem i zaleciłem diuretynę w dawce 0,5 3 razy dziennie. Waga 61500. Tętno 76, skurczów serca 115, ciśn. krwi 100, oddechów 32; moczu 1000, cięż. wł. 1,010. 17/XI. Stan niezmieniony. Waga 61000. Tętno 100. skurczów serca 110. ciśn. krwi 100, oddechów 30; moczu 750, cięż. wł. 1,018. Dalszy przebieg choroby był następujący: chory przebywał w klinice do 1/XII; od 18/XI do 21/XI przebył mieszkowe zapalenie migdałków, któremu towarzyszył napad dusznicy sercowej; choroba ta jeszcze więcej osłabiła serce i wywołała zwiększenie się duszności i kaszlu i zwiększenie obrzęków; ilość moczu się obniżyła. Wobec tego zaleciłem 19/XI napar naparstnicy *z 0,3 ad col. 180,0,* 4 stoł. łyżki dziennie; lek ten chory zażywał aż po 25/XI włącznie. Wynik był ten, że czynność serca, pozostając niemiarową, polepszyła się jednakowoż znacznie; liczba uderzeń tętna i skurczów serca, zostając niejednakową, wahała się w granicach 84—90; duszność i kaszel zmniejszyły się; wątroba pod koniec mieszkowego zapalenia migdałków była macalna na 4 palce niżej łuku żebrowego, a przed wystąpieniem chorego z kliniki zaledwo na 2 palce, wreszcie obrzęki znikły prawie zupełnie. Wśród tych objawów chory opuścił klinikę 1/XII.

P r z y p a d e k IV. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis, cor lassum, hepatitis chronica.* M—n, ślusarz, w wieku lat 47, wstąpił do kliniki 15/IX 1903, uskarżając się na duszność i obrzęki nóg. Te objawy po raz pierwszy wystąpiły na wiosnę r. 1901. W latach 1901 i 1902 wobec tych dolegliwości leżał w klinice lekarskiej. Z chorób przechodził dur, gościec stawowy i jeszcze jakąś chorobę gorączkową; z czynników szkodliwych przyznaje się do nadużywania alkoholu i tytoniu. Spostrzeżenia rozpocząłem w kilka tygodni po wstąpieniu chorego do kliniki. B a d a n i e p r z e d m i o t o w e 8/XI 1903. Wzrostu średniego, budowy ciała miernej, odżywienie mierne; sinica rąk i nóg; obrzęki goleni; nieznaczne powiększenie pachwinowych gruczołów chłonnych, również w lewej pasze. Tętnice obwodowe stwardniałe. Uderzenie koniuszkowe nie jest ani widzialne, ani wyczuwalne. Prawa granica stłumienia sercowego sięga o 1 palec za prawą linię mostkową, lewa o 1 palec za lewą linię sutkową, dolna w 5 międzyżebrzu, górna na 4 żebrze. Nad koniuszkiem serca pierwszy głuchy ton z domieszką szmeru; tony głuche, słabe; nad tętnicą główną wzmocnienie drugiego tonu. Tętno 81, słabo napięte, skurczów serca 84, ciśn. krwi 120 mlm. W płucach rozsiane suche i wilgotne rzężenia, zwłaszcza pod łopatkami; oddechów 33 na 1'. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, na linii zaś środkowej brzucha dochodzi do połowy odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym; powierzchnia wątroby gładka, brzeg zaokrąglony, zbitości miernej, bolesny. W jamie brzusznej wolny płyn; górny poziom jego odpowiada połowie odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym; obwód brzucha na wysokości pępka 92 ctm. Moczu 850, cięż. właśc. 1,017, białka 0,05 prc.; wałeczków niema. 9/XI waga 66.000. Tętno 75, skurczów serca 75, ciśn. krwi 120, oddech 32, obwód brzucha 92. moczu 775, cięż. właśc. 1,018, białka 0,05 prc. 10/XI. Waga 65.950. Tętno 70, skurczów serca 77, ciśn. krwi 125, oddechów 28, obwód brzucha 92. Moczu 800, cięż. właśc 1,018, białka 0,06 prc. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,5 3 razy dziennie. 11/XI. Prawa granica stłumienia sercowego odpowiada prawej linii mostkowej, lewa zachodzi o 1 palec za sutkową; szmeru niema. Waga 66.200. Tętno 64, skurczów serca 71, ciśn. krwi 160, oddechów 26, obwód brzucha 92; moczu 750, cięż. właśc. 1,018, białka 0,06 prc. 12/XI. Napięcie tętna znacznie większe; tętnica twardsza. Waga 66.800. Tętno 70, skurczów serca 76, ciśn. krwi 165, oddechów 27; moczu 500, cięż. właśc. 1,020, białka 0,066 prc., obwód brzucha 92. Bar usunąłem 13/XI. Zażywa *dec. rad. altheae.* Fala tętna podniosła się, twardość tętnic sprychowych zmniejszyła się. Waga 66.700. Tętno 71, skurczów serca 83, ciśn. krwi 110, oddechów 28, obwód brzucha 93; moczu 900 sz. ctm., cięż. właśc. 1,016, białka 0,06 prc. 14/XI. Chory zażywa diuretynę w dawce 0,6 3 razy dziennie. Ku wieczorowi pojawił się ból głowy, którego chory zawsze doznawał po diuretynie. Nad koniuszkiem znowu słyszalny szmer; brzuch wzdęty. Waga 67.000. Tętno 77, skurczów serca 84, ciśn. krwi 120, oddechów 40, obwód brzucha 94. Moczu 900, cięż. właśc. 1,017, białka 0,099 prc. Diuretynę zalecono w dawce 0,3 3 razy dziennie, oprócz tego salol w dawce 0,3 2 razy dziennie. 15/XI. Głowa boli chorego mniej; zgaga. Poziom puchliny brzusznej 2 palce nad pępkiem. Waga 67.000. Tętno 80, skurczów serca 83, ciśn. krwi 110, oddech 25, obwód brzucha 92; moczu 1150, cięż. właśc. 1,018, białka 0,09 prc. 16/XI. Waga 67.200. Tętno 68, skurczów serca 68, ciśn. krwi 120, oddechów 26, obwód brzucha 91; moczu 850, cięż. właśc. 1,019, białka 0,84 prc. Salol odstawiłem. 17/XI. Prawa granica stłumienia serca odpowiada linii środkowej. Waga 67.000. Tętno 72, skurczów serca 72, ciśn. krwi 125, oddechów 26, obwód brzucha 90; moczu 1250, cięż. wł. 1,018, białka 0,8 prc. 18/XI. Obrzęki na nogach znacznie zmniejszyły się; wątroba macalna na $1^1/_2$ palca pod łukiem żebrowym; szmer nad koniuszkiem bardzo słaby. Waga 66.600. Tętno 79, skurczów sercowych 79, ciśn. krwi 120. oddechów 28; moczu 1250, cięż. właśc. 1,019, białka 0,08 prc.: obwód brzucha 90. Diuretynę odstawiłem. 15/XI. Prawa granica stłumienia sercowego odpowiada prawej linii mostkowej, lewa o 1 palec zachodzi za linię sutkową; chory uskarża się na bicie serca. Waga 67.000. Tętno 83, skurczów serca 93, ciśn. krwi 120, oddechów 32. obwód brzucha 90; moczu 800, cięż. właśc. 1,017, białka 0,12 prc. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,3 3 razy dziennie. 20/XI. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego, a w linii środkowej brzucha na 4 palce nad pępkiem, poziom płynu w jamie brzusznej na 3 palce nad pępkiem; chory uskarża się na duszność. Waga 66.950. Tętno 88, skurcz. serca 97, ciśn. krwi 135, oddechów 33, obwód brzucha 90; moczu 800 sz. ctm., cięż. właśc. 1,019, białka 0,28 prc. 21/XI. Waga 66.800. Tętno 81, napięcie większe, ciśn. krwi 115, oddechów 32, obwód brzucha 90;

moczu 800, cięż. właśc. 1019, białka 0,26 prc. 22/XI. Waga 66.700. Tętno 78, fala tętna obniżyła się, skurczów serca 78, ciśn. krwi 125, oddechów 32, obwód brzucha 91; moczu 950, cięż. właśc. 1,018, białka 0,18 prc. 23/XI. Stan niezmieniony. Waga 67.000. Tętno 81, skurczów serca 85, ciśn. krwi 125, oddechów 32, obwód brzucha 91; moczu 800, cięż. właśc. 1,018, białka 0,16 prc. Bar odstawiłem. 24/XI. Waga 67.500. Tętno 83, skurczów serca 87, ciśn. krwi 125, oddechów 32, obwód brzucha 91; moczu 800 sz. ctm., cięż. właśc. 1,019, białka 0,15 prc. 25/XI. Duszność, suchy kaszel i obrzęki zwiększyły się. W prawo stłumienie sercowe sięga na 1 palec za prawą linię mostkową, w lewo również za lewą sutkową, ku górze dochodzi do 3. żebra; tony serca są głuche. Dolny brzeg wątroby macalny na 4 palce nad pępkiem. Waga 68.100. Tętno 81, skurczów serca 85, ciśn. krwi 125, oddechów 33, obwód brzucha 92; moczu 900, cięz. właśc. 1,018; białka 0,2 prc. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,3 3 razy dziennie. 26/XI. Waga 68.200. Tętno 83, skurczów serca 92, ciśn. krwi 120, oddechów 33, obwód brzucha 95; moczu 750, cięż. właśc. 1,017, białka 0,28 prc.; chełbotanie wszędzie w brzuchu. 27/XI. Waga 68.200. Tętno 82, fala tętna mała, skurczów serca 86, ciśn. krwi 140, oddechów 33, obwód brzucha 54; moczu 750, cięż. właśc. 1,018, białka 0,3 prc. 28/XI. Obrzęki rosną; duszność wzmogła się. Waga 68.800, tętno 75, skurczów serca 79, ciśn. krwi 130, oddechów 36, obwód brzucha 94; moczu 750, cięż. właśc. 1,019; białka 0,24 prc. 29/XI. Zamiast chlorku barowego chory od dzisiejszego dnia zażywa napar miłka wiosennego e 8,0—180,0 z *coffein. natr. salicyl.* 2,0, Ms. 4 stoł. łyżki. Waga 69.300. Tętno 75, skurczów sercowych 75, ciśn. krwi 120, oddech 30, obwód brzucha 94; moczu 900, cięż. właśc. 1,018; białka 0,15 prc. 30/XI. Waga 68.400. Tętno 66, skurczów serca 63; fala tętna zwiększyła się; ciśn. krwi 140, oddechów 30; obwód brzucha 92; moczu 1450, cięż. właśc. 1,015, białka 0,09 prc. Wieczorem prawa granica stłumienia sercowego odpowiadała prawej linii mostkowej, lewa lewej sutkowej. 1/XII. Górna granica płynu w jamie brzusznej sięga na 4 palce nad pępkiem. Od g. 3 popołudniu wystąpiły dreszcze, o godz. 6 wiecz. t° 37,4°, łamanie w kościach, bicie serca. Waga 68.000. Tętno niemiarowe, 67, skurczów serca 82, ciśn. krwi 125, oddechów 30, obwód brzucha 92; moczu 1800. cięż. właśc. 1,014, białka 0,05 prc. 2/XII t° zrana 37,7° wiecz. 36,6°. Górna granica płynu w jamie brzusznej na 3 palce nad pępkiem; czynność serca słabsza. Waga 67.000. Tętno 80, słabo napięte, niemiarowe, skurczów serca 92, ciśn. krwi 125, oddechów 30, obwód brzucha 91; moczu 1600, cięż. wł. 1,016, białka 0,05 prc. 3/XII. Chory uskarża się na nudności i wymioty. t° zrana 37,1°, wiecz. 36,5°. Prawa granica stłumienia sercowego sięga o ½ palca poza prawą linię mostkową. Waga 66.700. Tętno 78, po 4 uderzeniach jedno wypada, skurczów serca 97; ciśn. krwi 125, obwód brzucha 92; moczu 1200, cięż. wł. 1,017, białka 0,05 prc. Leki dotychczasowe odstawiłem i zaleciłem napar naparstnicy 0,5 na 180,0 4 stoł. łyżki dziennie. 4/II. Ciepłota prawidłowa, wymioty ustały. Waga 65.800. Tętno 61, skurczów sercowych 89, ciśn. krwi 125, oddechów 28, obwód brzucha 92; moczu 1050, cięż. właśc. 1,016, białka 0,07 prc. 5/XII. Waga 66.000. Tętno 69, skurczów serca 85, ciśn. krwi 125, oddechów 30, obwód brzucha 92; moczu 900, cięż. właśc. 1,019, białka 0,07 prc. 7/XII. Waga 67.100. Tętno 80, znacznie pełniejsze, skurczów serc. 82, ciśn. krwi 120, oddechów 28, obwód brzucha 92; moczu 600, cięż. właśc. 1,020, białka 0,06 prc. 8/II. Waga 67.000. Tętno 82, skurczów serca 82, ciśn. krwi 120, oddechów 28, obwód brzucha 91; moczu 825, cięż. wł. 1,021, białka 0,066 prc. 9/XII. Stłumienie sercowe sięga w prawo do prawej linii mostkowej, w lewo do sutkowej; wątroba w linii środkowej brzucha macalna na 5 palców nad pępkiem; górny poziom płynu w jamie brzusznej na 2 palce nad pępkiem; obrzęki zmniejszyły się. Waga 67.900. Tętno 84, skurczów serca 84, ciśn. krwi 125, oddechów 28, obwód brzucha 92; moczu 700, cięż. wł. 1,020, białka 0,06 prc. Naparstnicę odstawiłem. Zaleciłem diuretynę w dawce 0,3 grm 3 razy dziennie. 10/XII. Waga 68.100. Liczba tętna i skurczów serca 83, ciśn. krwi 120, oddechów 30, obwód brzucha 92; moczu 1000, cięż. właśc. 1,019, białka 0,06 prc. 11/XII. Chory uskarża się na ból głowy, bicie serca i nudności. Waga 68.300. Tętno 63, skurczów serca 76, ciśn. krwi 120, oddechów 27; obwód brzucha 92; moczu 950, cięż. wł. 1,020, białka 0.06 prc. 12/XII. t° zrana 37,5°. Stan narządów wewnętrznych niezmieniony. Waga 68.100. Tętno 75, skurczów serca 75, ciśn. krwi 110, oddechów 28, obwód brzucha 92; moczu 1150, cięż. wł. 1,019; białka 0,08 prc. 13/XII. Waga 68.100. Liczba tętna i skurczów sercowych 80, ciśn. krwi 115, oddechów 26, obwód brzucha 92; moczu 1150, cięż. wł. 1,020, białka 0.06 prc. Diuretynę odstawiłem. 14/XII. W lewo stłumienie serca sięga o 1 palec poza linię sutkową. Waga 68.400. Tętno 69, skurczów sercowych 72, ciśn. krwi 110, oddechów 26, obwód brzucha 92. moczu 600, cięż. wł. 1,022, białka 0,05 prc. 15/XII. Chory zażywa chlorek barowy w dawce 0,3 2 razy dziennie. Waga 68.400. Tętno 72, skurczów sercowych 74, ciśn. krwi 110, oddechów 28, obwód brzucha 92; moczu 850, cięż. wł. 1,020, białka 0,06 prc, 16/XII. Lewa granica stłumienia sercowego w linii sutkowej. Waga 69.200. Tętno 91, tętnica sprychowa twardsza; skurczów serca 95, ciśn. krwi 125, oddech 25, obwód brzucha 93; moczu 850, cięż. wł. 1,021, białka 0,05 prc. 17/XII. Waga 68.900. Tętno 78, skurczów serca 84, ciśn. krwi 120, oddechów 29, obwód brzucha 92; moczu 900, cięż. wł. 1,020, białka 0,08 prc. Chlorek barowy odstawiłem; zaleciłem napar z 8,0 gorzykwiatu na 180,0 wody, 3 stoł. łyżki dziennie. 18/XII. Stan taki sam. Waga 69.100. Tętno 78, skurczów serca 83, ciśn. krwi 125, oddechów 34, obwód brzucha 92; moczu 800, cięż. wł. 1,020, białka 0,075 prc. Dalszych badań nad tym chorym zaprzestałem.

Przypadek V. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis, myocarditis chronica; cirrhosis hepatis; nephritis interstit. chronica.* Sz—g, 69-letni, przyjęty do kliniki 9/XII 1903 z przytułku dla starców; skarży się na duszący kaszel, ogólne osłabienie, duszność, bole i ściskanie w okolicy serca i obrzęki nóg. Duszność i obrzęki pojawiły się po raz pierwszy przed sześciu laty i powtórzyły się przez te lata wielokrotnie; w ostatnim roku pogorszenie trzykrotne w coraz silniejszym stopniu. Obecne pogorszenie trwa już 10 dni, nie skłaniając się do poprawy. 11 lat temu przebył prawostronne porażenie. Z innych czynników należy zaznaczyć nadużywanie napojów wyskokowych przez czas dłuższy. Wzrostu średniego, waga 75.000, odżywienie mierne; bardzo blady; kiści rąk i stopy nóg, usta i nos sinawe; znaczne obrzęki na kończynach dolnych. Tętnienie w dołku nadmostkowym, uderzenie koniuszkowe nie wyczuwalne i nie widzialne. Stłumienie sercowe sięga w prawo do prawej linii mostkowej, w lewo o 1 palec poza linię sutkową, z góry zaczyna się na 4 ż.; tony serca głuche, słabe, nad koniuszkiem przy pierwszym tonie szmer; w tętnicy szyjnej i podobojczykowej głuchy ton; skurcze sercowe odznaczają się niejednakową siłą i rytmem, 110 na 1'. Tętno o niewielkiej fali, słabo napięte, niemiarowe, 102 na 1'. Tętnice obwodowe twarde, wężykowate. Ciśnienie krwi 140. Brzuch wzdęty, płynu w jamie brzusznej niema. Wątroba macalna na 2 palce niżej łuku żebrowego, zbita, bolesna, w linii środkowej brzucha dolny brzeg na 3 palce wyżej pępka. Śledziona macalna 2 palce niżej łuku, zbita. Mocz białka i innych składników nieprawidłowych nie zawiera. 11/XII. Waga 75.500. Tętno 112, skurczów serca 120, ciśn. krwi 155, oddechów 26, moczu 1800, cięż. właśc. 1,006. 13/XII. Obrzęki zwiększyły się. Stłumienie sercowe w prawo sięga o ½ palca za prawą linię mostkową. Waga 76.300. Tętno 118, skurczów serca 120, ciśn. krwi 155, oddechów 30, moczu 1400 sz. cm., cięż. wł. 1,006. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 3 razy dziennie. 14/XII. Kaszel coraz silniejszy. Waga 76.400. Tętno 111, niemiarowe, o fali niewielkiej; napięcie podniosło się, skurczów serca 114, ciśn. krwi 175, oddechów 25, moczu 900. cięż. wł. 1,013. 15/XII. Duszność zwiększyła się. Dolny brzeg wątroby w linii środkowej brzucha macalny na 2 palce nad pępkiem. Waga 76.450. Tętno 117, fala tętna zmniejszyła się; tętnice sprychowe twardsze, skurczów serca 120, ciśn. krwi 160, oddechów 36, moczu 700, cięż. wł. 1,017. 16/XII. Stłumienie sercowe sięga w prawo 1 palec poza prawą linię mostkową, tony głuche, niemiarowość znaczniejsza; szmer silniejszy; wątroba macalna na 3 palce pod łukiem żebrowym, w linii zaś środkowej dolny jej brzeg macalny na 2 palce nad pępkiem; chory uskarża się na silną duszność. Waga 76.300. Tętno 118, skurczów serca 126, ciśn. krwi 160, oddechów 33; moczu 850, cięż. wł. 1,016. Chlorek barowy odstawiłem. 17/XII. Waga 76.500. Tętno 110, skurczów serca 120; stan wzmożonego skurczu tętnicy sprychowej znikł; ciśn. krwi 150, oddechów 30; moczu 700, cięż wł. 1,016. Zaleciłem napar z 8,0 gorzykwiatu wiosennego na 180,0 wody, 4 stoł. łyżki dziennie. 18/XII. Waga 76.400. Tętno 95, fala większa, skurczów serca 100, ciśn. krwi 145, oddechów 24, moczu 1550, cięż wł. 1,014. 19/XII. Waga 76.000. Tętno 90, skurczów serca 92, ciśn. krwi 150, oddechów 22, moczu 180, cięż. wł. 1,008. 20/XII. Niemiarowość o wiele mniejsza; duszność i kaszel zmniejszyły się; obrzęki ustępują. Prawa granica stłumienia sercowego sięga linii środkowej; dolny brzeg wątroby w linii środkowej brzucha macalny na 3½ palca nad pępkiem. Waga 75.000. Tętno 86, skurczów serca 89, ciśn. krwi 145, oddechów 21, moczu 2500, cięż. wł. 1,006. Napar miłka wiosennego odstawiłem i zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 gr. 2 razy dziennie. 21/XII. Waga 75.100. Tętno 84, skurczów serca 90, ciśn. krwi 155, oddechów 22, moczu 1500, cięż. wł. 1,008. 22/XII. Waga 76300. Tętno 86, niemiarowość wzmogła się, skurczów serca 90, ciśn. krwi 155, oddechów 23, moczu 800, cięż. wł. 1,012. 23/XII. Tętnice sprychowe twardsze; duszność zwiększyła się; obrzęki wzmogły się; rzężeń

zastoinowych więcej. Waga 75.500. Tętno 86, fala zmniejszyła się, skurczów serca 90, ciśn. krwi 160, oddechów 26, moczu 800, ciśn. krwi 1,011. 24/XII. Stłumienie serca w prawo sięga do prawej linii mostkowej. Waga 75.800. Tętno 87, skurczów serca 88, ciśn. krwi 160, oddechów 26, moczu 750, cięż. wł. 1,015. Dalszych badań nad tym chorym zaprzestałem.

Przypadek VI. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis, myocarditis chronica; hepatitis interstitialis chronica*; *nephritis interstitialis chronica.* M—w, 63 lat, robotnik, wstąpił do kliniki 11/XII 1903, uskarżając się na duszność, suchy kaszel, uczucie zatrzymywania się uderzeń serca, niekiedy zaś bicie serca, obrzęki nóg. Duszność pojawiła się po raz pierwszy przed 2 laty, po roku dołączyły się obrzęki nóg. Wódkę pił umiarkowanie, lecz przez czas dłuższy. Wzrostu wysokiego, budowa ciała i odżywienie mierne. Tętnice obwodowe w wysokim stopniu wężykowate, twarde. Rękojeść mostka wypuklona; nad nią stłumienie odgłosu opukowego. Uderzenie koniuszkowe niewyczuwalne. Stłumienie serca sięga w prawo do linii środkowej, w lewo o 1 palec poza linię sutkową, z góry rozpoczyna się na 5 żebrze. Tony serca głuche, niejednakowej siły, nieprawidłowe pod względem rytmu; skurczów serca 85 na 1′. Tętno 78, nieprawidłowe co do siły i miarowości, fala niewielka, ciśn. krwi 165. Wątroba macalna na $4^1/_2$ palca pod łukiem żebrowym, gładka, zbita, mało bolesna. Na goleniach obrzęki. 13/XII. Waga 75.200. Tętno 80, skurczów serca 88, ciśn. krwi 165, oddechów 27; moczu 2.200, cięż. właśc. 1,008, ślady białka, pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste. 14/XII. Waga 73.000. Tętno 94, ciśn. krwi 165, oddechów 28, moczu 2550, cięż. właśc. 1006, ślady białka. 15/XII. Waga 73200. Tętno 84, skurczów serca 88, ciśn. krwi 180, oddech 22, moczu 2300, cięż. wł. 1,008, ślady białka. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 3 razy dziennie. 16/XII. Waga 73.100. Tętno 91, skurczów serca 91, ciśn. krwi 180, oddechów 28. moczu 1600, cięż. wł. 1,010, ślady białka. 18/XII. Waga 71600. Tętno 82, skurczów serca 87, ciśn. krwi 190, oddechów 22, moczu 1950, cięż. wł. 1,010, białka 0,05 prc. 19/XII. Duszność wzmogła się. W prawo stłumienie serca dochodzi do prawej linii mostkowej, niemiarowość czynności serca wzmaga się; napięcie tętna bez zmiany; obrzęki zwiększają się; nieznaczny krwotok z nosa. Waga 72.500. Tętno 81, skurczów serca 93, ciśn. krwi 160, oddechów 30; moczu 1200, cięż. wł. 1,012, białka 0,05 prc. Chlorek barowy odstawiłem i zaleciłem napar z gorzykwiatu wiosennego *e 6·0, — ad col 180,0*, 3 stoł. łyżki dziennie. 20/XII. Waga 72.600. Tętno 84, skurczów serca 88, ciśn. krwi 180, oddechów 24; moczu 1500, cięż. wł. 1,010, ślady białka. 21/XII. Waga 70.600. Tętno 86, skurczów serca 87, ciśn. krwi 175, oddechów 20, moczu 2000, cięż. wł. 1,010, ślady białka. Stan podmiotowy o wiele lepszy; duszność zmniejszyła się; obrzęki zmniejszyły się znacznie. Stłumienie serca w prawo sięga do linii środkowej; uskarża się na nudności. Dalszych badań nad tym chorym zaprzestałem.

Przypadek VII. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis; cor lassum; stenocardia.* S—w, w wieku lat 40, felczer, wstąpił do kliniki 12/XII 1903, uskarżając się na napady bólu w okolicy serca, połączone z biciem serca, dychawicą, uczuciem niepokoju w sercu, ogólnem osłabieniem i na duszność i bicie serca przy chodzeniu. Napady bolu pojawiły się po raz pierwszy przed 2 laty, wyrażając się ostrym kłującym bolem w okolicy serca, rozpromieniającym się ku lewej kończynie górnej aż do łokcia i ku lewej łopatce. Napady powstają najczęściej pod wpływem wzruszeń; trwają 10—15 minut; zjawiają się jużto raz na tydzień lub miesiąc, jużto kilka razy jednego dnia. Obrzęków chory nigdy nie spostrzegał. Nadużywał napojów wyskokowych przez czas dłuższy. 13/XII. Wzrostu wysokiego, budowy dobrej; odżywienie bardzo dobre. W dołku nadmostkowym tętnienie, na rękojeści mostka lekkie stłumienie odgłosu opukowego. Uderzenie koniuszkowe niewidzialne i niewyczuwalne. Stłumienie serca sięga w prawo do linii środkowej, w lewo do sutkowej; z góry rozpoczyna się od 4 żebra. Tony serca głuche, rytm wahadłowy; nad tętnicą główną wzmocnienie drugiego tonu; w tętnicach szyjnych i podobojczykowych 2 tony. Tętnice obwodowe stwardniałe. Tętno 81, miarowe, ciśnienie krwi 165, oddechów 20. Wątroba macalna na 1 palec poniżej łuku żebrowego, tkliwa, na brzuchu obfita podściółka tłuszczowa. Moczu 1400, cięż. właśc. 1.012, białka i cukru nie zawiera; obfita ilość moczanów. 14/XII. Waga 107.400. Tętno 80, ciśn. krwi 160, oddech. 20, moczu 1300, cięż. wł. 1,012. 15/XII. Waga 107.600. Tętno 80. ciśn. krwi 165, oddechów 50, moczu 1400, cięż. wł. 1,012. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 gr. 3 razy dziennie. 16/XII. W ciągu dnia był napad dusznicy sercowej, który trwał nie dłużej niż 5′. Waga 107500. Tętno 72. ciśn. krwi 165, oddechów 19; moczu 1300, cięż. właśc. 1,015. 17/XII. Znowu chory doznał kilku słabych napadów dusznicy, które trwały 3—5 minut. Waga 109.100. Tętno 76, ciśn. krwi 175, oddechów 19, moczu 1200, cięż. właśc. 1,010. 18/XII. Dziś znowu chory miał napad bolu w okolicy serca, który rozprzestrzenił się aż na lewą rękę; napad trwał 10′; choremu trzeba było wstrzyknąć morfinę w dawce 0,01. Waga 109.100. Tętno 78, ciśn. krwi 180, oddechów 19; moczu 1400, cięż. wł. 1,011. Chlorek barowy odstawiłem i zaleciłem jodek potasowy 5,0—200,0 3 stoł. łyżki dziennie i Rp. *Tra convall. majalis, Extr. grindeliae robust. fluid. sine resina āa 15,0* Ms. Po 20 kropel 2 razy dziennie. 19/XII. Noc spędził spokojnie. Waga 108.800. Tętno 81, ciśnienie krwi 165, oddechów 18; moczu 1600, cięż. wł. 1.010. Chorego na własne jego życzenie wypuszczono z kliniki.

Przypadek VIII. Rozpoznanie: *Insufficientia v. mitralis. Cirrhosis hepatis cardiaca.* M—i, w wieku lat 30, wstąpił do kliniki 6/IV 1904, uskarżając się na duszność, bicie serca, kaszel, bole głowy. Duszność ma od 2 lat. Rok temu dołączyło się bicie serca i obrzęki nóg, które jużto znikały, jużto powracały; w okresach powstawania obrzęków ilość moczu bardzo się zmniejszała. W 12-ym roku życia przebył ostry gościec stawowy, w dzieciństwie obrzmienie i zropienie gruczołów chłonnych na szyi, które operowano. Wzrostu niewysokiego, budowy słabej; odżywienie podupadłe. Błony śluzowe blade; grudkowe zapalenie spojówki obu ócz. Gruczoły chłonne na szyi, pod pachą i pachwinowe powiększone; ku dołowi i na zewnątrz od kąta szczęki dolnej po stronie prawej znajdują się blizny w następstwie rękoczynów chirurgicznych. Tętnice obwodowe nieco stwardniałe. Tętno 84, miarowe, jednoczesne z czynnością serca. fala tętnicza niewysoka. Uderzenie koniuszkowe w piątem międzyżebrzu w linii sutkowej. Stłumienie sercowe rozpoczyna się od góry od trzeciego żebra, w prawo nieco zachodzi za lewą linię mostkową, w lewo o pół palca sięga poza lewy sutek. Nad koniuszkiem szmer skurczowy, który jest slyszalny i w drugiem międzyżebrzu po stronie prawej, jakkolwiek o wiele słabiej; nad tętnicą płucną wzmocnienie drugiego tonu; w tętnicach szyjnych i podobojczykowych dwa tony. Nad i pod prawym obojczykiem stłumienie odgłosu opukowego, wzmożenie drżenia głosowego i szorstki oddech; pod łopatkami nieobfite trzeszczenia. Wątroba macalna na 2 palce poniżej łuku, zbita. Na goleniach obrzęki. Stolec prawidłowy. 8/VI. Waga 49.900. Tętno 86, ciśn. krwi 120, oddechów 24, moczu 700, cięż. wł. 1,018; żadnych nieprawidłowości w moczu nie wykryto. 9/IV. Obrzęki zwiększyły się. W prawo stłumienie serca dochodzi do linii środkowej. Waga 51.200. Tętno 90, ciśn. krwi 120, oddechów 24; moczu 500, cięż. wł. 1,020. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0.03 2 razy dziennie. 11/IV. Waga 51.200. Tętno 90, ciśn. krwi 130, oddechów 24; moczu 700, cięż. wł. 1,018. 12/IV. Fala tętna się zwiększyła. W prawo stłumienie serca sięga nieco za lewą linię mostkową. Waga 51.000. Tętno 82, ciśnienie krwi 135, oddechów 24; moczu 900, cięż. wł. 1,018. 13/IV. Waga 49.500. Tętno 82; ciśn. krwi 140, oddechów 23; moczu 1200, cięż. wł. 1,018. 14/IV. Uderzenie koniuszkowe znacznie silniejsze, również tętnienie okolicy nadbrzusznej; mruk koci jest o wiele silniejszy; obrzęki ustępują. Waga 29.500. Tętno 78, napięcie zwiększyło się; ciśn. krwi 140, oddechów 22, moczu 1000, cięż. wł. 1,019. 15/IV. Od wczorajszego wieczora duszność wzmogła się; chory kilkakrotnie uczuwał niepokój w okolicy serca; tętnice sprychowe twardsze, oporniejsze: ilość moczu obniżyła się. Waga 49.800. Tętno 78, ciśn. krwi 150, oddechów 27, moczu 600, cięż. wł. 1,025. Chlorek barowy odstawiłem. 16/IV. Waga 49.700. Tętno 80, ciśnienie krwi 125, oddechów 24; moczu 750, cięż. wł. 1,020. 17/IV. Waga 49.700. Tętno 82, ciśn. krwi 120, oddechów 25; moczu 700, cięż. wł. 1,021. 18/IV. Waga 49.800. Tętno 86, ciśn. krwi 120, oddechów 26; moczu 700, cięż. wł. 1,021. 19/IV. Wątroba macalna na $2^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego, duszność zwiększyła się, obrzęki rosną. Zaleciłem napar naparstnicy *e 0,3 ad col. 180,0*, 3 stoł. łyżki dziennie. 20/IV. Waga 49.000. Tętno 80, ciśn. krwi 135, oddechów 20, moczu 1550, cięż. wł. 1,015. 22/IV. Waga 48.500. Tętno 75, ciśn. krwi 120, oddech. 20, moczu 1800, cięż. wł. 1,015. 23/IV. Waga 48.200. Tętno 72, ciśn. krwi 115, oddechów 19, moczu 2200, cięż. wł. 1,013. 24/IV. Waga 47.800. Tętno 72, ciśn. krwi 120, oddechów 18, moczu 2500, cięż. wł. 1,013. Chory czuje się o wiele lepiej; kaszel prawie znikł; duszność powstaje tylko przy szybszem chodzeniu; obrzęki na goleniach prawie ustąpiły; wątroba macalna na $1^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego. Naparstnicę odstawiłem. 25/IV. Waga 47.000. Tętno 72, ciśn. krwi 120, oddechów 18, moczu 1800, cięż. wł. 1,014. 26/IV. Waga 48.200. Tętno 76, ciśn. krwi 125, oddechów 19. moczu 1200, cięż. wł. 1,016. 27/IV. Waga 48.100. Tętno 84, ciśn. krwi 115, oddechów 22, moczu 900, cięż wł. 1,020. 28/IV. Duszność zwiększa się: obrzęki znowu powiększyły się. Wątroba macalna na 2 palce poniżej żeber. Waga 49000. Tętno 92, fala tętna mała, ciśn. krwi 110, oddechów 26. moczu 600, cięż. wł. 1,023. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 2 razy dziennie. 29/IV. Waga 49.200. Tętno

95, ciśn. krwi 110, oddechów 26, moczu 600, cięż. wł. 1,024. 30/IV. Waga 49.200. Tętno 90. ciśn. krwi 120, oddechów 26, moczu 650, cięż. wł. 1,024. 1/V. Waga 49.000. Tętno 88, ciśnienie krwi 130, oddechów 24, moczu 800, cięż. wł. 1,022. 2/V. Fala tętna zwiększyła się. Waga 48.500. Tętno 86, ciśn. krwi 140, oddechów 20, moczu 1200, cięż. wł. 1,018. 3/V. Tętnice sprychowe stały się twardsze, oporniejsze; duszność i obrzęki zmniejszają się. Waga 48.000. Tętno 85. ciśn. krwi 140, oddechów 20, moczu 1500, cięż. wł. 1,015 4/V. Ilość moczu zmniejszyła się bardzo. Tętnice sprychowe drutowato twarde. Tętnienie dołka sercowego występuje w silniejszym stopniu. Waga 48.500. Tętno 88, ciśn. krwi 150, oddech. 22, moczu 600, cięż. wł. 1,020. Chlorek barowy odstawiłem. 5/V Waga 48.700. Tętno 88, napięcie mniejsze, ciśn. krwi 120, oddech. 22, moczu 720, cięż. wł. 1,018. 7/V. Chory opuścił klinikę.

Przypadek IX. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis*; *cor lassum.* S—w, 52 letni robotnik, wstąpił do kliniki 12/IV 1904, uskarżając się na duszność, bicie serca, suchy kaszel, ból w dołku sercowym i osłabienie ogólne. Objawy te wystąpiły przed 3 laty; ostatnie 2 lata prawie zawsze ma nogi obrzęknięte. W ciągu 5 ostatnich lat nadużywał napojów wyskokowych. Przed 20 laty przebył jakąś chorobę gorączkową, która trwała miesiąc. Wzrostu więcej niż średniego, budowy ciała dobrej, odżywienie podupadłe. Powłoki zewnętrzne blade. Tętnice obwodowe wężykowato pokręcone, stwardniałe. Tętno 76, miarowe, fala tętna obniżona. Uderzenie koniuszkowe macalne w szóstem międzyżebrzu. Stłumienie serca dochodzi w prawo do prawej linii mostkowej, w lewo sięga o $1^1/_2$ palca po za sutek, z góry rozpoczyna się od czwartego żebra; tony głuche: nad tętnicą główną pierwszy ton nieczysty, drugi wzmocniony; nad koniuszkiem przy pierwszym tonie słaby szmer. W płucach słychać suche rzężenia. Wątroba macalna 2 palce poniżej łuku żebrowego, gładka, miernej zbitości, tkliwa. Na goleniach dość znaczne obrzęki. Mocz składników nieprawidłowych nie zawiera. Waga 53.600. 14/IV. Waga 54.000. Tętno 80, ciśn. krwi 150. oddechów 24, moczu 600, cięż. wł. 1,024. 15/IV. Waga 54.100. Tętno 80, ciśn. krwi 150, oddech. 24, moczu 630, cięż. wł. 1,024. 16/IV. Waga 54.300. Tętno 90 ciśn. krwi 150. oddechów 25, moczu 600, cięż. wł. 1,025, obfite moczany. Wątroba macalna na $2^1/_2$ palca poniżej łuku; obrzęki powiększyły się. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 2 razy dziennie. 17/IV. Waga 54.200. Tętno 90, ciśn. krwi 155, oddechów 24, moczu 650, cięż. wł. 1,024. 18/IV. Waga 54.000. Tętno 88, ciśn. krwi 160, oddechów 20, moczu 950, cięż. wł. 1,022. 20/IV. Waga 54.100. Tętno 86, cechy tętna pozostały bez zmiany, ciśn. krwi 160, oddechów 26, moczu 700, cięż. wł. 1,022. Stłumienie serca sięga w prawo o 1 palec za prawą linię mostkową; duszność wzmogła się. 21/IV. Waga 55.000. Tętno 86, ciśn. krwi 160, oddechów 26, moczu 600, cięż. wł. 1.024. Wątroba macalna na 3 palce poniżej łuku żebrowego. Chlorek barowy odstawiłem i zaleciłem napar z 0,5 naparstnicy na 180.0 wody, 4 stoł. łyżki. 22/IV. Waga 54.500. Tętno 86, ciśn. krwi 150, oddechów 22, moczu 1000, cięż wł. 1,018. 23/IV. Waga 53800. Tętno 82, ciśn. krwi 140, oddech. 20, moczu 1500, cięż. wł. 1,012. 24/IV. Waga 51.800. Tętno 76, ciśn. krwi 140, oddechów 20, moczu 2500, cięż. wł. 1 005. 25/IV. Waga 49.700 Tętno 78, ciśn. krwi 145, oddechów 20, moczu 2000, cięż. wł. 1,010. Chory czuje się o wiele lepiej. Stłumienie serca sięga w prawo do linii środkowej, w lewo do sutka; szmer nad koniuszkiem znikł; wątroba macalna na $1^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego; duszność prawie ustąpiła; obrzęki znacznie zmniejszyły się. Chory opuszcza klinikę.

Przypadek X. Rozpoznanie: *Arteriosclerosis; myocarditis chronica; stenocardia.* D—i, oficer dymisyonowany, w wieku lat 50, wstąpił 1/IX 1904, uskarżając się na duszność, bicie serca i bóle w okolicy serca. Dolegliwości te występują zwykle w postaci napadów, zwłaszcza w nocy; ze względu na charakter napadów trzeba uznać je za bolesną i ruchową dusznicę; napady trwają 15—30'; w przerwach między napadami duszność bardzo mała. Napady dusznicy sercowej pojawiły się po raz pierwszy lat 10 temu; początkowo napady zjawiały się rzadko, raz na 2 miesiące, w ostatnim zaś czasie, zwłaszcza od r. 1904, zdarzają się prawie co tydzień. Po napadzie pozostaje ogólne osłabienie, zawroty głowy, wzmożenie się duszności. W ostatnich 2 latach zaczęły pokazywać się obrzęki goleni. W dzieciństwie przebył odrę, płonicę, zapalenie płuc; od 11-go roku życia aż do ostatnich czasów oddawał się samogwałtowi, doprowadzając się czasami do zupełnego upadku sił; jednocześnie podaje *abusus in Venere.* W 25 roku życia zakaził się kiłą; od 34 r. życia nadużywa bardzo tytoniu, od 38 napojów wyskokowych. Należy wreszcie zaznaczyć nadmierną pracę umysłową, której chory oddawał się przez całe życie. 30/VII 1903 chorego dotknął udar mózgowy, w następstwie którego rozwinął się lewostronny niedowład. Wzrostu więcej niż średniego, budowy ciała dobrej, odżywienie upośledzone; powłoki zewnętrzne i błony śluzowe blade; usta i kiści rąk nieco sinawe; na prąciu blizna; źrenice bardzo zwężone, oddziaływają słabo na światło; fałd nosowowargowy po stronie lewej wygładzony, lewy kąt ust obniżony. Tętnice obwodowe stwardniałe, wężykowate. Tętno 68, niemiarowe, ciśn. krwi 140. Uderzenie koniuszkowe macalne w czwartem międzyżebrzu o 1 palec na lewo od sutka. Granice stłumienia sercowego: górna od czwartego żebra, prawa o 1 palec sięga w prawo od lewej linii mostkowej, lewa o 1 palec na lewo od sutka, dolna na dolnym brzegu szóstego żebra; tony serca głuche, nad tętnicą główną wzmocnienie drugiego tonu; na rękojeści mostka stłumienie odgłosu opukowego. Wątroba macalna na $3^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego, gładka, zbita, bolesna. W odbycie guzy krwawnicze, naokoło wysypka o charakterze wyprysku. Odruchy kolanowe wzmożone, zwłaszcza po stronie lewej; na lewej połowie ciała przeczulica. Na goleniach niewielkie obrzęki. Od 8/IX chory zażywał *dec. rad. altheae.* 9/IX. Waga 69.500. Tętno 70, niemiarowe, ciśn. krwi 130, oddechów 30, moczu 1200, cięż. wł. 1,012; nieprawidłowych składników w moczu niema. 10/IX. Waga 69.500. Tętno 70, niemiarowe, ciśn. krwi 140, oddechów 23, moczu 1500, cięż. wł. 1,012. Chory czuje się lepiej, duszność zmniejszyła się, również bolesność wątroby; niemiarowość tętna jest słabsza. 12/IX. Waga 69.400. Tętno 68, niemiarowe, ciśn. krwi 130, oddechów 22, moczu 1500, cięż. wł. 1,013. Stan ogólny polepszył się o tyle, że chory zaczął przechadzać się w sali. Zaleciłem chlorek barowy w dawce 0,03 2 razy dziennie. 13/IX. Waga 69.500. Tętno 66, niemiarowe, ciśn. krwi 130, oddechów 24, moczu 1500, cięż. wł. 1.014. 14/IX. Waga 69.300. Tętno 66, niemiarowe, ciśn. krwi 135, oddechów 28, moczu 900, cięż. wł. 1,018; uskarża się na duszność i bicie serca; cechy tętna nie zmieniły się. 15/IX. Waga 69.600. Tętno 64, niemiarowe, ciśn. krwi 140, oddechów 28, moczu 600, cięż. wł. 1,022; stłumienie serca sięga w prawo do linii środkowej; rytm tonów serca wahadłowy: wątroba macalna na 4 palce poniżej łuku żebrowego. 16/IX. Noc spędził źle, przebył 2 napady silnej dychawicy, połączonej z bólami w okolicy serca z rozpromienianiem się do lewej ręki i łopatki; podczas napadów tętno było bardzo małe, w wysokim stopniu niemiarowe, do 130—140 na 1'; oddechów 38—40 na 1'. Stłumienie serca w prawo sięga do prawej linii mostkowej: w lewo o $1^1/_2$ palca za sutek. Waga 69.900. Tętno 64, nader niemiarowe, ciśn. krwi 145, oddechów 28, moczu 500, cięż. wł. 1,022. Chlorek barowy odstawiłem. 17/IV. Chory czuje się lepiej. Niemiarowość tętna trwa i jest bardzo wyraźna. Waga 69.700. Tętno 72, ciśn. krwi 130, oddechów 28, moczu 600, cięż. wł. 1,022. 18/IV. Waga 70.000. Tętno 75, niemiarowe, ciśn. krwi 120, oddechów 26; moczu 600, cięż. wł. 1,022. 19/IV. Waga 69.800. Tętno 78, niemiarowe, ciśn. krwi 115, oddechów 24, moczu 900, cięż. wł. 1,020. Zaleciłem napar 0,3 naparstnicy w 180,0 wody, 3 stoł. łyżki dziennie. 20/IX. W nocy był krótkotrwały słaby napad dusznicy. Waga 69.800. Tętno 70, niemiarowe, ciśn. krwi 120, oddechów 22, moczu 1500, cięż. wł. 1,015. 21/IX. Waga 69.600. Tętno 68, niemiarowość w stopniu słabszym, ciśn. krwi 118, oddech. 24, moczu 1200, cięż. wł. 1,014. Stłumienie serca w prawo sięga do linii środkowej, w lewo o $^1/_2$ palca za sutek; wątroba macalna na $2^1/_2$ palca poniżej łuku żebrowego, bolesność mniejsza; na goleniach dołki występują tylko przy dłuższym ucisku. 23/IX. Waga 69.500. Tętno 68, niemiarowe, fala tętna zwiększa się; ciśn. krwi 120, oddechów 20, moczu 1900. cięż. wł. 1,012. 34/IX. Polepszenie kroczy naprzód. Waga 69.300. Tętno 68, niemiarowość nieznaczna, ciśn. krwi 130, oddechów 20, moczu 1800, cięż. wł. 1,014. Naparstnicę odstawiłem. W dalszym ciągu chory zażywał jodek potasowy i w miarę potrzeby *tra stroph., valerian.* i inne leki. Przez czas pobytu chorego w klinice były jeszcze 2 napady dusznicy, po których wskutek znacznego osłabienia serca chory zażywał naparstnicę.

(C. d. n.)

Napoje wyskokowe jako środek leczniczy.

Z uwzględnieniem spostrzeżeń poczynionych w roku 1905 w klinice lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podał
Dr. St. Szurek
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy.)

Co do układu naczyniowego, to tylko pewna, że wyskok poraża nerwy naczynioruchowe na obwodzie zwiększa ilość krwi przepływającej przez skórę i wywołuje

znane zaczerwienienie twarzy i uczucie rozgrzania w całem ciele. Co do wpływu na pracę serca, to farmakodynamiczne badania stoją po części w przeciwieństwie do praktycznego doświadczenia lekarskiego. Najstarsi lekarscy badacze aż do najwybitniejszych klinicystów współczesnych przypisują wyskokowi własności wybitne, jakkolwiek przemijające, pobudzania mięśnia sercowego do pracy zwiększonej, a praktyka stwierdza to codziennie na tysiącznych przykładach; natomiast w doświadczeniach, przynajmniej niektórzy badacze nie zdołali stwierdzić tego z całą pewnością, być może dlatego, że doświadczenie wykonywano na sercu zwierzęcem, czasem na sercu człowieka, ale człowieka zdrowego, nie zaś na sercu chorobowo zmienionem, ani na sercu zmęczonem, które ostatnim wysilkiem pracuje, i do tego przyrządami, których ścisłość niezawsze jest niezawodna. Na takie serce zmęczone, wyczerpane, utykające, przy tętnie częstem, małem, drobnem, nitkowatem, nieregularnem wyskok może być bodźcem, wydobywającym jeszcze resztę utajonych sił, może być, jak go nazwał Voit, owym batem, który użyty w porę i w miarę potrafi jeszcze popędzić to serce i życie ludzkie przewlec i przenieść przez przeszkodę, jaką jest choroba; a palec lekarza, położony na tętnie i stan ogólny chorego prędzej i lepiej mogą to stwierdzić, niż pozornie najczulsze przyrządy. Pierwsze też prace doświadczalne, jak Parkesa i Wollowicza, Albertoniego i Lussany w siódmym dziesiątku, Frasera w ósmym dziesiątku XIX wieku jednomyślnie stwierdzały, że wyskok czyni u człowieka skurcze lewej komory silniejszymi i częstszymi, oraz podnosi i to bardzo wybitnie częstość tętna. Tego samego zapatrywania bronią niektórzy nowsi autorowie, jak Jaksch, którego doświadczenia na chorych mają znacznie większą wartość praktyczną, aniżeli setki doświadczeń na psach, a który po małych dawkach wyskoku stwierdzał obniżenie się częstości i pojawienie się silniejszego i większego tętna, jak Binz, który mierzył ciśnienie sfigmomanometrem Bascha i stwierdzał przyrost ciśnienia o kilkanaście, a nawet więcej mm Hg równolegle ze wzrostem wielkości oddechowej, jak Schmiedeberg i jego uczniowie, którzy stwierdzali również objawy podniecenia serca po podaniu wyskoku. Wobec tego trudno nam się zgodzić ze zdaniem Świętochowskiego, który w pracy swej, stosunkowo świeżej daty, bo z roku 1902, znalazłszy pod wpływem wyskoku tylko przyspieszenie tętna i lekkie obniżenie parcia w pierwszej chwili, dochodzi do wniosku, że wyskok „jakkolwiek w pewnym tylko stopniu, działa osłabiająco na narząd krążenia“, — tak samo jak i z twierdzeniem drugiego nieprzyjaciela wyskoku jako „sercowego bodźca“, Rosenfelda, że „cała nauka o podniecającem działaniu wyskoku rozpływa się w nicości“.

Doświadczenie lekarskie przy łóżku chorego potwierdziło już tyle razy, że wyskok w miernych dawkach pobudza przemijająco pracę serca, zwiększa parcie i podnosi liczbę tętna, że chociażby tysiąc jeszcze doświadczeń wykonano na żabach i królikach z wynikiem ujemnym, wyskok, a właściwie napoje wyskokowe, nie przestaną być co do tego właśnie działania jednym z drogocennych naszych leków. Że wyskok w dawkach miernych jest środkiem podniecającym, najłatwiej stosunkowo dało się to stwierdzić na narządzie oddechowym, jako tym, w którym ostateczny wynik doświadczenia mniej zależy od rozlicznych czynników, jest jaśniejszy i lepiej uchwytny, niż na sercu. Jeszcze w r. 1887 Zuntz, a potem Geppert znaleźli, że wielkość oddechowa, tj. ilość wdychanego i wydychanego powietrza pod wpływem małych dawek wyskoku u zdrowego człowieka stale rosła, średnio o 9%—7%. Rzecz tę podjęli następnie uczniowie Binza, jak Wilmanns i Weissenfeld, dalej prof. Wendelstadt zarówno na zwierzętach, jak i ludziach zdrowych, a wynik tych wszystkich badań zestawia Binz w tych słowach, że mierne dawki wyskoku podnoszą czynność oddechową nieznacznie u przeważnej liczby ludzi, podnoszą ją natomiast bardzo wybitnie po podaniu na czczo albo u ludzi pracą fizyczną znużonych; to działanie podniecające objawia się nawet wtedy, kiedy osoba badana pod wpływem podanego wyskoku śpi lub jest senną, a obecność istot aromatycznych, t. zw. bukietu wina, ten podniecający wpływ czystego wyskoku jeszcze więcej wzmaga; to podniecenie czynności ma być wedle Binza następstwem bezpośredniego drażnienia ośrodka oddechowego przez krążący we krwi silnie rozcieńczony wyskok. Jak to podniecenie wielkości oddechowej wpływa na wymianę gazów w płucach, nie jest jeszcze dotąd rzeczą pewną. Z obliczeń Zuntza i Gepperta wynikałoby, że ilość zużytego tlenu i wydalonego bezwodnika kwasu węglowego żadnej nie ulega zmianie, czyli że t. zw. współczynnik oddechowy przed i po podaniu wyskoku pozostaje ilością stałą; natomiast wedle doświadczeń Wolfersa, Bodländera, Berdeza i t. d. wyskok zwiększa ilość wchłoniętego tlenu, a równocześnie obniża ilość wydalonego bezwodnika kwasu węglowego. Z tego wszystkiego wynika, że wyskok jest środkiem podniecającym narząd oddechowy do pracy zwiększonej; czy dzieje się to bezpośrednio przez podrażnienie ośrodka oddechowego, czy pośrednio przez to, że jako istota łatwo palna z największą chciwością wiąże się z wchłoniętym tlenem i spala go, skutkiem tego zużycia stwarza więc głód tlenowy w ustroju, który ustrój przez wzmożoną pracę narządu oddechowego stara się wyrównać, rozstrzygną może przyszłe badania. Czy przez tę zwiększoną pracę ustrój co zyskuje, na pewne nie wiemy, ale nawet wtedy, gdyby cała ta praca była bezowocna, to i tak to wzmożenie ruchów oddechochowych dla ustroju chorego mogłoby być korzystne przez to, że poprawiałoby, jak to podnosi Rosenfeld, stan podmiotowy chorego.

Co do wpływu na ciepłotę, to sądzono dawniej powszechnie i takiem jest panujące jeszcze dotąd wśród publiczności mniemanie, że wyskok rozgrzewa, to jest podnosi ciepłotę. Tymczasem bardzo liczne badania w tym kierunku stwierdzają prawie bez wyjątku, że po małych, choćby często powtarzanych dawkach ciepłota pozostaje w granicach prawidłowych, jakie są warunkiem koniecznym prawidłowego toku spraw życiowych, a rozgrzanie, czy podniesienie ciepłoty wcale po wyskoku nie następuje. Po większych dawkach, zwłaszcza więcej zgęszczonego wyskoku, powstaje wyraźne uczucie gorąca w żołądku, które rozprzestrzenia się następnie na całą skórę. A to podmiotowe wrażenie było właśnie powodem, że przez wiele wieków wyskok nie zdołał w leczeniu chorób gorączkowych wywalczyć sobie uznania, a podawanie go chorym gorączkującym uważano za szczyt lekkomyślności w przypuszczeniu, że na ten palący się w ustroju ludzkim ogień on działać musi taksamo, jak działa wtedy, kiedy go się na ogień prawdziwy

leje. Dopiero pierwszy Nasse w r. 1845, potem uczniowie Binza jak Bouvier, Daub, Strassburg, w końcu cały poczet badaczy, między nimi Riegel w bardzo gruntownej pracy przez doświadczenia zarówno na zwierzętach, jak i na ludziach, obalili dawny przesąd, stwierdziwszy coś wprost przeciwnego. Wedle badań tych, na których opierają się nasze obecne zapatrywania na tę sprawę, wyskok w małych dawkach nie wywołuje żadnej takiej zmiany ciepłoty, którąby nie leżała w granicach czysto fizyologicznych wahań; średnie dawki (30—80 gr.) obniżają ciepłotę stale, jakkolwiek nieznacznie, bo o 0·2—0·6 i to w prostym stosunku do wielkości dawki, z wyjątkiem ludzi przyzwyczajonych do wyskoku, u których ten spadek ciepłoty jest mniej wyraźny; dawki zaś wysokie, odurzające, obniżają ciepłotę o kilka stopni i na wiele godzin, a działanie to chłodzące w niektórych gorączkach jeszcze silniej się zaznacza, niż w doświadczeniu na zdrowym człowieku. Ten spadek ciepłoty tłómaczy się silniejszą utratą ciepła ustrojowego przez promieniowanie ze skóry skutkiem rozszerzenia naczyń skórnych i obfitszego przeziewu, częścią zahamowaniem mięśni, które jest dalszym skutkiem działania wyskoku, a które to mięśnie w wytwarzaniu ciepła ustrojowego biorą tak znaczny udział, a w końcu prawdopodobnie bezpośrednim obniżeniem spraw utlenienia w tkankach, jakby to wynikało z doświadczeń Binz-Bouviera.

Wpływ wyskoku na układ mięśniowy jest dotąd jeszcze przedmiotem podobnej sprzeczności między zdaniem ogółu, a wynikami badań ścisłych. Ogół mniema powszechnie, że wyskok wzmacnia i pracę mięśniową wydatniejszą czyni; tymczasem pokaźne już liczbą badania fizyologów rzucają na tę sprawę światło nieco odmienne. Jak wszelkie środki odurzające, tak i wyskok w małych dawkach czynność podnieca, w średnich wzmaga, a w większych hamuje i poraża. Podobnie ma się rzecz i z działaniem wyskoku na mięśnie. Zarówno z doświadczeń, wykonanych z grubsza za pomocą zwykłego dynamometru przez Bernardiniego, Warrena, Kräpelina, jak i z badań zapomocą przyrządów dokładniejszych, jak ergografu Mossa, myografionu Helmholtza, podjętych przez Freya, Destréego, Schnydera, Osiereckowskiego, Glücka i t. d. i to zarówno przy pracy zwykłej, jak i delikatniejszej (pismo), wypływa, że pod wpływem wyskoku praca mięśnia, zarówno wypoczętego, jak i znużonego, początkowo na krótki czas wzrasta, potem jednak szybko maleje tak, że całkowita suma pracy, dokonanej w ciągu pewnego czasu, pomimo początkowego przyrostu jest mniejsza od pracy mięśnia, na który wyskok nie działał. Ten początkowy przyrost pracy nie powstaje wskutek zwiększenia się siły pojedynczego skurczu, ale przez to, że skurcze szybciej po sobie następują. Mięsień podniecony wyskokiem zdoła wprawdzie dłużej pracować, ale praca jego ma wogóle mniejszą wartość. Wyskok przysłania tylko uczucie znużenia i wyzwala łatwiej podniety do ruchów, działa więc tutaj na podobieństwo ostrogi. Cięższej pracy na dłuższą metę nie ułatwia, ale przeciwnie czyni ją mniej wydatną i dlatego jest zupełnie nieodpowiedni tam, gdzie chodzi o znoszenie długotrwałych trudów, które wymagają ciągłego wysiłku. Tam jednak, gdzie chodzi o dużą stawkę, tam gdzie zależy na tem, aby ze znużonego ustroju na krótką chwilę wydobyć jaknajwiększą pracę i pobudzić go do ostatecznych granic wysiłku, tam wyskok może być użytecznym i spełnić swoje „posłannictwo“. Zgodnie z tymi wynikami badań armie nowożytne, równie jak wszelkie wyprawy, czy to w okolice podbiegunowe, czy w kraje podzwrotnikowe, wykreśliły go z rzędu stale podawanych napojów, a jedynie w ważnych chwilach korzystały z jego usług, kiedy chodziło o podniesienie upadającej załogi na duchu (Nansen) lub o przezwyciężenie przeszkód bardzo wielkich.

Z kolei przechodzimy do pytania, czy napoje wyskokowe są środkiem odżywczym, pokarmem. Odpowiedź rozmaitych badaczy na to pytanie brzmi różnie i była już niejednokrotnie przedmiotem gorących rozpraw. Zwłaszcza w Anglii pytanie to roztrząsano bardzo żywo, a i dziś pewna liczba lekarzy, zwłaszcza abstynentów, nie może się pogodzić z tą myślą, że nie mówiąc już o pewnych napojach wyskokowych, sam alkohol etylowy czysty jest „niestety“ pokarmem. Już Voit rozróżniał dwa rodzaje pokarmów, jedne, które dostarczają jakiejś istoty potrzebnej, a wchodzącej w skład ustroju, jak białko, tłuszcz, woda, sole i t. d. i drugie, które przeróbkę pierwszych ograniczają i tamte dla ustroju na czas dłuższy zachowują; do tej drugiej gromady pokarmów zaliczał on właśnie małe dawki wyskoku. W budowie żyjącej protoplazmy, rzecz oczywista, wyskok udziału brać nie może, nie może więc być dla ustroju materyałem budowlanym; wydaje nam się wprost nieprawdopodobnem i nie mamy na to żadnego dowodu, ażeby drobina jego mogła się stawać cząstką komórki lub włókna; ale że jest paliwem dla ustroju i przez to swoje spalenie dostarcza ustrojowi i ciepła i żywej siły i równocześnie zaoszczędza własne tkanki ustroju, czyli że jest pokarmem pośrednim (*Sparrmittel*, jak go nazywają Niemcy), to zdaje się być już obecnie niewątpliwem. Czy to spalenie odbywa się na drodze katabolicznej, jak mniema Kassowitz, bez najmniejszego współudziału tkanki żyjącej, czy też metabolicznie, tj. po wejściu w skład protoplazmy, jest dla nas pytaniem bez większej wartości. Że spala się na bezwodnik kwasu węglowego i wodę, wykazał to jeszcze Liebig, a że spala się tak dokładnie, że tylko mała jego część nierozłożona przez ustrój przechodz, stwierdził to Binz i jego uczniowie. Wedle Bodländera zaledwo 5% wyskoku nieutlenionego opuszcza ustrój przez nerki, płuca i skórę, Strassmann przyjmuje liczbę większą, bo 10%, natomiast Atwater i Benedict w swej najnowszej pracy twierdzą, że z wyskoku w ustroju ludzkim 99% się spala, a tylko około 1% uchyla się od spalenia. Udowodnić, że spalając się jest w stanie wyskok zaoszczędzić składniki ustroju, czy też pożywki, starano się już od szeregu lat zapomocą doświadczeń nad wymianą materyi, których liczba dotąd jest już ogromna. Jednak dopiero nowsze badania zasługują na pełne zaufanie; w dawniejszych bowiem metody badania były niedostateczne. Już Riess i Munk na podstawie swych badań wypowiedzieli zdanie, że wyskok spala się niewątpliwie w ustroju także zamiast białka i że skutkiem tego w ustroju ciepłokrwistym zaoszczędza białko. Prace ostatnich lat sześciu, jak Offera, Rosenfelda, Neumanna, Clopatta, Rosemanna, Atwatera i Benedicta, stwierdziły ponad wszelką wątpliwość, że wyskok w miernych dawkach jest dla ustroju materyałem opałowym, który u zdrowego człowieka nietylko oszczędza tłuszcze i węglowodany, ale nawet pośrednio i istoty białkowate, że kosztem jego

niejako daje się wykonać pewna ilość pracy, że zatem wyskok jest pożywką. Wpływ wyskoku na wymianę materyi u gorączkującego badał Ott i również stwierdził, że wyskok w ustroju gorączkującym może także zaoszczędzać białko i to tak, jak węglowodany, w ilościach izodynamicznych. (C. d. n.).

O strofantusie.

Podał

Doc. Dr. Lemberger.

Z powodu nierównomiernego działania naparstnicy i jej przetworów, starali się farmakologowie usilnie zastąpić ją innym odpowiedniejszym lekiem, a z końcem ubiegłego stulecia, gdy się ukazały liczne prace o działaniu strofantusa, zdawało się, że życzenie farmakologów zostało spełnione.

Wiadomości o strofantusie sięgają do roku 1865, kiedy równocześnie poznano nasiona, pochodzące ze wschodniej i zachodniej Afryki, używane przez tamtejszą ludność do wytwarzania jadu, którym zatruwano strzały. Nasiona te, jak się przekonano, pochodziły z dwóch odrębnych odmian strofantusa, a jako czynnik działający odkryto w nich strofantynę, glikozyd, działający w sposób swoisty i znamienny na serce. Dokładniej poznano działanie tego glikozydu dopiero w roku 1885 przez prace fizyologiczne Frasera; odtąd nasiona strofantusa (*semen strophanti*) przyjęte zostały do wszystkich prawie farmakopei narodów cywilizowanych. Zrazu mniemano, że osiągnięto cel, że strofantus jest właśnie tym środkiem, który działa na serce podobnie, jak naparstnica; nie zwracano jednak uwagi na działania ujemne, a zwłaszcza na nierównomierność w działaniu, które później dopiero poznano. Zajęcie się ogólne sprawą strofantusa wytworzyło obszerne piśmiennictwo botaniczne, farmakognostyczne, chemiczne i fizyologiczno-lekarskie, jednak rychło już po tym okresie entuzyazmu nastąpiło zobojętnienie, a popyt na lek ten w ostatnich czasach niepomiernie zmalał. Stało się to z różnych przyczyn.

Jedną z tych przyczyn był właśnie ten wygórowany popyt na nasiona strofantusa w okresie, kiedy jeszcze co do źródeł nasion w kierunku botanicznym nie wiele wiedziano; popyt ten był przyczyną daleko idących zafałszowań tego surowca roślinnego. W handlu obok nasion strofantusa pojawiły się nasiona tego samego gatunku, jednak nie zbadane co do swojej działalności, lub też nasiona innych roślin, szczególnie z rodziny *Apocynaceae*, które wprowadzono jako »nasiona strofantusa«, a glikozydy, z nich uzyskane, pojawiały się w handlu jako »strofantyna«. Badania botaniczne zdołały wykryć zafałszowania i odróżnić fałszywe nasiona, do których należały odmiany *Kickxia*, *Holarrhena*, natomiast trudno było rozróżnić różne odmiany strofantusa od siebie, a zwłaszcza odróżnić nie działające od działających — sprawa, która do dziś dnia nie jest jeszcze całkowicie rozwiązana. Sprawę załatwiono w ten sposób, że przyjęto jako oficyalne nasiona z dwóch tylko odmian strofantusa, mianowicie: *Strophantus hispidus*, pochodzący z części wschodniej podwzrotnikowej Afryki i *Strophantus Kombe* z podwzrotnikowej części Afryki południowo-wschodniej. Nasiona tych dwóch odmian odróżniają się od innych odczynem chemicznym, który na tem polega, że skrawki nasion tych dwóch odmian strofantusa przybierają w kwasie siarkowym zabarwienie silnie zielone.

Dalszą przyczyną, która wywołała zmniejszenie się stosowania strofantusa, była trudność w uzyskiwaniu strofantyny w stanie krystalicznym, a co za tem idzie, brak rękojmi, że uzyskana z nasion różnych gatunków strofantyna jest czysta. Jeżeli zważymy silną jadowitość strofantusa i leków, uzyskanych z jego nasion, to zrozumiemy, że lekarz powinien stosować ten środek nadzwyczaj ostrożnie i znać siłę działania środka, by módz oznaczyć dawkę, jaką ma podać. W tych zaś warunkach, wobec niepewności co do czystości nasion surowych i trudności otrzymania czystej strofantyny, trudno było o oznaczenie dawki czy to nasion, czy nastojów, czy wreszcie strofantyny. Taki przetwór podany jednemu choremu mógł przypadkowo wywołać skutek pożądany przez lekarza, u innego jednak nie sprawiał żadnego skutku, a w innym wreszcie przypadku wywoływał skutki niespodziewane, szkodliwe. Gdy zaś takie przypadki w praktyce rzeczywiście często się zdarzały, nic dziwnego, że tracono wiarę w środek.

Sprawą strofantusa zajmował się w ostatnich siedmiu latach szczegółowo Gilg, a wyniki swych badań, wykonanych w kierunku botanicznym i farmakognostycznym, ogłosił w monografii (E. Gilg, Strophantus — Engler, Monografien afrikanischer Pflanzenfamilien u. Gattungen; Lipsk, 1903) jak również w artykule, umieszczonym w roczniku »Arbeiten aus dem Pharmaceutischen Institut Berlin« 1905. Badania Gilga dowiodły, że anatomiczne rozróżnienie rozmaitych odmian nasion strofantusa jest bardzo trudne, a w wielu przypadkach niemożliwe. To też opisy nasion strofantusa, jakie znajdujemy w piśmiennictwie, są przeważnie błędne i dotyczą innych odmian, a nie tych, za jakie je uważano i opisywano. W tym względzie znajdziemy fałszywe opisy nawet u poważnych autorów: Feista, Payrana, Francheta, Frasera, Holmesa — a nawet w atlasie farmakognostycznym Tschircha i Oesterla, zakradł się błąd w rysunku z powodu nieczystego materyału »*Strophantus Kombe*«, jakim przy wykonywaniu rysunku autorowie rozporządzali. Otoczka nasieniowa z gatunku »*Kombe*« nie zawiera bowiem wcale tworów krystalicznych, jakie w atlasie tych autorów oznaczono. Badania Gilba dowiodły, że znajdujące się w handlu nasiona strofantusa odmiany »*hispidus*«, wcale nim nie są, natomiast pochodzą z rośliny *Strophantus sarmentosus*. Podobnie odmiana *Kombe* w handlu rzadko się znajduje. Gilgowi udało się w końcu wyszukać odmianę strofantusa, którego nasiona łatwo i pewnie można odróżnić i farmakognostycznie rozpoznać. Nasiona te, które opisywano już dawniej, jako »*Strophantus glabre du Gabon*«, pochodzą, jak autor stwierdził, z odmiany *Strophantus gratus*, *Franch.* Odmiana ta rośnie w lasach dziewiczych na wybrzeżach Afryki zachodniej, w pasie między Sierra Leone, aż na południe do Gabus przy ujściu rzeki Kongo. Roślina to pnąca, która jednak nie rośnie gromadnie, lecz pojedynczo — gdzieniegdzie w lesie, wspina się na drzewa wysokie aż do szczytu ich i tu dopiero rozkwita wspaniale i rodzi znamiennie wyglądające owoce, zbierane jeszcze przed zupełnem dojrzeniem, przez miejscową, skarłowaciałą ludność i stanowiące cenny artykuł handlowy z powodu, że nasiona te służą do wytwarzania poszukiwanego jadu, używanego do zatruwania strzał. Owoc ze *Strophantus gratus* należy do typu mieszkowych i składa się z dwóch owocków mieszkowych, przytwierdzonych do szypułki tak, że oba mieszki poziomo odstają. Przy dojrzewaniu łatwo się oddzielają od szypułki, a nadto szwy mieszków pękają z siłą przez całą długość, przyczem rozsypują się wyrzucone z mieszka nasiona. Owoc dochodzi od 20 do 40 cm. długości, a 3—4 cm. grubości. Owoce, w handel wprowadzane, zbierają przed dojrzeniem, a następnie obwiązują silnie łykiem pojedynczo lub po kilka, aby nie pękały.

Poszczególne nasiona opatrzone są puszkowatem skrzydełkiem, które łatwo się odłamuje; kształt posiadają wrzecionowaty, brzeg ostrokanciasty, podstawę szeroką zaokrągloną i szczyt ostro zakończony; długości dochodzą 11—19 mm, szerokości 3—5 mm, grubości 1—1·3 mm. Powierzchnia nasiona jest naga, barwy żywo-żółtej aż do żółtawo-brunatnej. Przekrój nasion, zwilżony kwasem siarkowym, barwi się różowo; barwa ta przechodzi szybko w czerwoną do fioletowej. Nasiona zatem ze *Strophantus gratus* łatwo możemy odróżnić już po zewnętrznych cechach od innych gatunków strofantusa, a mianowicie od afrykańskich odmian po nagości nasion, a od indomalajskich po barwie żółtej lub złocisto-brunatnawej, gdyż tamte posiadają barwę ciemnobrunatną lub czarną.

W końcu cechuje się *Strophantus gratus* także tem, że glikozyd z nasion jego ma postać krystaliczną.

Dociekaniem chemicznych właściwości nasion strofantusa zajmowali się w pierwszej linii Hardy i Gallois, którzy wydzielili z nasion glikozyd silnie trujący — nazwany prze nich strofantyną. Fraser oznaczył skład tego związku i określił wzór $C_{16}\ H_{26}\ 0_8$ lub $C_{20}\ H_{34}\ 0_{10}$. Później wyosobnił Arnaud z nasion *Strophantus glaber de Gabon* glikozyd, identyczny z kwabainą, uzyskaną z drzewa kwabajowego *(Lign. Quabaïo)* z rośliny *Akokanthera abyssinica* (Schimperi). Catillon znalazł obok strofantyny drugie ciało azotowe, nie rozpuszczalne w eterze i wyskoku, które ulegało rozkładowi pod wpływem kwasów. Zbadaniem chemicznego składu nasion strofantusa ostatniemi czasy zajmował się H. Thoms. Zwracając uwagę na strofantynę poszczególnych odmian nasion stwierdził, że strofantyny z nich uzyskane były bezpostaciowe, posiadały odmienne własności chemiczne i różny stopień działania trującego. Wyjątek stanowiły odmiany *Strophantus gratus*, w których autor ten znalazł strofantynę krystaliczną. Strofantyna ta, którą nazwał g—strofantyną Thomsa *(g—Strophant. crystall. Thoms)*, ma wzór $C_{30}\ H_{46}\ 0_{12} + 9\ H_2\ 0$, a postać kryształków lśniących, tabliczkowatych, smaku

gorzkiego, rozpuszczalnych łatwo we wodzie gorącej — w 100 cz. wody zimnej, w 30 cz. wyskoku etylowego lub amylowego, trudno rozpuszczalne w eterze, chloroformie i eterze octowym. Rozczyn wodny skręca płaszczyznę polaryzacyi w lewo (α) D = — 30·8°. Topi się przy 187—188°. Z kwasem siarkowym zgęszczonym barwi się na czerwono, a za dodaniem wody przechodzi barwa rozczynu w zieloną i wydzielają się zielonej barwy kłaczki. Z kwasami rozcieńczonymi ogrzewana, rozkłada się ta strofantyna na strofantidynę i ramnozę. Ze względu na to, że g—strofantyna Thomsa jest związkiem czystym i ściśle określonym, o własnościach chemicznych niezmieniających się, należało się spodziewać, że przetwór ten znajdzie zastosowanie w lecznictwie. Strofantus i przetwory jego zastosował w lecznictwie po raz pierwszy w roku 1885 Fraser, a później L. Brunton, którzy używali nastoju, przyrządzonego z nasion strofantusa (*Kombé i hispidus*) wewnętrznie, a istoty odosobnionej z nasion, »strofantyny«, podskórnie, u chorych na serce. W pierwszych latach strofantus był nadzwyczaj wzięty; powstało bogate piśmiennictwo farmakologiczne i kliniczne, dotyczące stosowania i działania tego środka. Wziętość jednak początkowa ustąpiła rychło obojętności, wywołanej przez to, że zawiodła nadzieja skuteczności, oraz przez niespodziewane, a często spostrzegane wyniki ujemne i działania szkodliwe.

Wszyscy prawie autorowie zgadzali się w tem, że nastój strofantusa wywołuje zwolnienie tętna i zwiększenie skurczu serca już w mniejszych dawkach, niż nastój naparstnicy. Gdy jednak Fraser, Dana i A. Smith, Bowitsch, Rosenbusch, Blumenau, Garnet i Kleinschmidt, Hutchnison i Hill, Quinlan i Loebisch, Rothziegel, Pawiński, Wilcox, Eichorst podnosili dodatnio inne własności lecznicze, jak moczopędne, przeciwgorączkowe i duszność zmniejszające, jakoteż brak działania zbiorowego nastoju strofantusa i zwracali uwagę, że odróżnia się od naparstnicy tem, iż nie działa na naczynia i przewód pokarmowy, a niektórzy twierdzili, że strofantus przewyższa pod każdym względem naparstnicę (n. p. Dutton, Grätz, Pins, Zerner i Löw, Czatáry), to inni znów, jak Hochhans, Fraenkel, Lichtheim, Guttmann, Fürbringer, Kiermann, Demme, Terray, Stahr, nie mogli stwierdzić tych skutków lub też spostrzegali je w małym tylko stopniu, a potwierdzili tylko korzystne działanie na duszność chorych na serce, co zwłaszcza podniósł Hochhaus.

Na innem znów stanowisku stali Haas, A. Mairet, Combemale i Grognier oraz Balfour. Gdy Balfour nie uważał nastoju strofantusa za środek skrzepiający serce, a nawet utrzymywał, że wywołuje on wyczerpanie serca, to Mairet i jego współpracownicy przyznają, że strofantus działa moczopędnie, jak również, że zwiększa ciśnienie krwi i zwalnia tętno, nie zgadzają się natomiast na przypuszczenie, że zjawiska te są skutkiem zadziałania leku na serce. Zdaniem Maireta nie działa strofantyna na mięsień sercowy, ani na ośrodki sercowe, ani też nie działa swoiście trująco na rdzeń przedłużony, natomiast działa jedynie drażniąco, a to szczególnie na nerki. Haas w końcu na podstawie licznych doświadczeń twierdzi, że strofantus trwale obniża zwiększoną czynność serca, przyczem zmniejsza się napięcie naczyń. Niezgodne wyniki wydały nietylko badania kliniczne; niezgodność wyników badań znajdujemy także u autorów teoretyków, fizyologów i farmakologów, w doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach, a mianowicie: Frasera, Langgaarda, Paschkisa i Zernera z jednej, Blumenaua, Koberta i Paldrocka z drugiej strony. Gdy pierwsi nie zdołali stwierdzić działania strofantusa na naczynia, to Blumenau, Kobert i Paldrock spostrzegali to działanie, natomiast żaden z autorów nie potwierdził spostrzeżenia Langgaarda, że strofantus działa kojąco na mózg i rdzeń.

Te różnice w wynikach badań doświadczalnych i klinicznych przypisać należy temu, że do badań używano różnorodnych przetworów strofantusa; według Langgaarda dawka śmiertelna nastoju nasion strofantusa wahała się między 0·2 do 1·5 cm. na kilogram zwierzęcia. Nie można się zatem dziwić, że przetwory strofantusa nie mogły się utrzymać, że przekładano nad nie inne środki sercowe i wrócono do pewniejszej naparstnicy. Kobert słusznie w podręcznikach swoich i wykładach podnosił niepewne działanie nastoju strofantusa i twierdził, że jedynie zupełnie czysta strofantyna mogłaby mieć znaczenie lecznicze.

Sprawa strofantusa bierze inny obrót dopiero od czasu, gdy Gilgowi udało się wskazać na odmianę strofantusa t. j. *Strophantus gratus*, którego nasiona można łatwo odróżnić i rozpoznać, a zawierają krystaliczną strofantynę czystą, uzyskaną, jak wyżej wspomniano, przez Thomsa. Ta g—strofantyna Thomsa była przedmiotem obszernych badań. A. Schultz dowiódł doświadczeniami na psach i kotach, że g—strofantyna jest wybitną trucizną sercową; podskórne wstrzyknięcie strofantyny wywołało zatrucie, polegające na porażeniu serca; spadek ciśnienia krwi do zera pojawił się równocześnie z porażeniem prawej komory; czynność serca ustawała zawsze w rozkurczu, oddychanie czas jakiś jeszcze trwało. Zabójcza dawka g—strofantyny przy podskórnem wstrzyknięciu wynosiła u królika na kilogram $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ mg.; natomiast dawka ta przy wewnętrznem zadaniu g—strofantyny jest znacznie większa, gdyż 2 mg. na kilogram ciała, wprowadzone do żołądka psa, nie wywoływały śmierci zwierzęcia. Doświadczenia z g—strofantyną na sercu wyjętem przy pomocy przyrządu Langendorffa wykonali Gottlieb i Magnus, Kakowski i Schedel. Kakowski podaje, że rozczyn g—strofantyny w rozcieńczeniu 1:4 miliony wywoływał z początku zwolnienie, później przyspieszenie, niemiarowość i osłabienie czynności serca aż do ustania czynności w skurczu.

Klinicznie badał g—strofantynę Schedel w licznych przypadkach, z których 12 dokładniej opisał, a mianowicie 2 przypadki niewyrównanych wad zastawek sercowych, 3 przypadki przewlekłego zwyrodnienia mięśnia sercowego bez zmian w zastawkach, 4 przypadki osłabienia serca po przebytych chorobach zakaźnych i 1 przypadek gruźlicy nerek. Na podstawie badań tych podaje Schedel, że strofantynę można podawać w wadach zastawkowych serca, w przypadkach zwyrodnienia mięśnia i w osłabieniach serca, powstałych po przebyciu innych ciężkich chorób. Najkorzystniej działa strofantyna na przyspieszenie czynności serca i na duszność; w drugim rzędzie zwiększa ciśnienie krwi, działa moczopędnie i usuwa obrzęki. Strofantyna zdaniem autora przewyższa naparstnicę tem, że działa szybko, że nie wywołuje następstw niepożądanych nawet po kilkotygodniowem podawaniu, że w końcu działanie zbiorowe leku następuje dopiero po długiem podawaniu, ale objawia się nagle zwolnieniem tętna, przez co daje wcześnie wskazówkę do usunięcia leku. Dawkę najlepiej regulować kroplami, podając z początku 5 kropli 1% rozczynu aż do 10 kropli, co odpowiada 3 razy dziennie po 3·75—7·5 mg.

Hochheim (*Zentralbl. für innere Med.* 1906 Nr. 3) również badał klinicznie g—strofantynę na większej liczbie chorych. Podawał on mieszaninę: *g—Strophantini Thoms 0·03—0·06, Syr. aurant. cort. 20·0. Aq. destill. ad 200·00*—S. 3—6 razy dziennie łyżkę stołową. Chorzy przeważnie znosili ten lek w ogólności dobrze i przez długi czas, aczkolwiek w kilku przypadkach powstał brak apetytu, a w dwóch wymioty. Często natomiast dostawali chorzy w 3—4 dniu po podawaniu strofantyny biegunki, (stolce były wodniste, barwy jasno-brunatnej lub zielonkowatej, niezawierały jednak śluzu, ani krwi), która jednakże ustępowała po usunięciu strofantyny lub też po podaniu makowca. U osób, których przewód pokarmowy był wrażliwy na strofantynę, można było ją jednak w połączeniu z makowcem podawać dalej i to długi czas, nie wywołując biegunki. W każdym razie wynika z tego, że strofantyna bądź co bądź drażni przewod pokarmowy, częstokroć silnie. W końcu wspomina autor o jednym chorym u którego strofantyna wywołała jako objaw uboczny ból głowy, odurzenie i pewne oszołomienie tak, że chory (nauczyciel) nie mógł w szkole liczyć; objawy te ustąpiły po usunięciu leku. Przypadek ten wskazywałby na to, że strofantyna może działać także odurzająco na mózg, o czem już w roku 1887 wspominał Langaard, a czego inni autorowie nie zdołali wtedy stwierdzić. Lecznicze wyniki, jakie uzyskał Hochheim, były poczęści dobre; opisuje on dwa przypadki niedomykalności zastawek tętnicy głównej i cztery przypadki ciężkich zaburzeń wyrównania, w których strofantyna działała skutecznie. Przypadki te dowiodły, że samą strofantyną można usunąć zaburzenia wyrównania, a w przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej wynik leczniczy był nawet lepszy, aniżeli przy poprzedniem podawaniu naparstnicy. Strofantyna, jak te przypadki pouczają, zwalnia i ujednostajnia czynność serca, a nadto działa silnie moczopędnie; natomiast nie zawsze stwierdzano zwiększenie ciśnienia krwi. Hochheim podawał także strofantynę w przypadkach osłabienia serca w przebiegu chorób ostrych, przyczem u dorosłych nie stwierdził zbyt dobrych skutków, natomiast u dzieci skutek był dodatni. Dzieciom od 2—3 lat podawał 2 mg. wśród dnia, a starszym (10 lat) do 0·01 gm. na dzień. Tętno mniej więcej w 12 godz. po pierwszej dawce stawało się pełniejsze. Hochheim stosował strofantynę w przebiegu ciężkiej płonicy i w kilku

przypadkach zapalenia płuc, a Voeckler w przypadkach błonicy. Hochheim opisuje także przypadek zatrucia wskutek za wielkiej dawki, a mianowicie 0·075 gm. strofantyny na dzień. Zatrucie objawiało się biegunką z domieszką krwi i śluzu, nudnościami, uczuciem niepokoju, bolem głowy i bolami ciągnącymi w karku. Objawy te po usunięciu strofantyny i podaniu makowca ustąpiły.

Na podstawie swych spostrzeżeń radzi Hochheim podawać g—strofantynę Thomsa wewnętrznie w dawce pojedynczej 0·005 gm., a na dzień co najwyżej 0·03 gm., a nadto zauważa, że korzystniej jest rozpocząć leczenie od mniejszych dawek. Działanie g—strofantyny Thomsa jest bezsprzecznie pewniejsze i lepsze od innych strofantyn i od nastoju strofantusa, jednakowoż Hochheim zastrzega się, że nie uważa strofantusa za środek lepszy od przetworów naparstnicy. Wprawdzie w opisanych przypadkach g—strofantyna działała bardzo dobrze, ale były to przypadki umyślnie wybrane, a nie brak było i takich, w których g—strofantyna zawodziła i trzeba się było uciekać do naparstnicy, która wtedy działała skutecznie. Coprawda, były i takie przypadki, w których także naparstnica w postaci digitaliny, digitoksyny, naparu liści lub digalenu, podobnie jak i g—strofantyna, nie wywarła skutku. Hochheim badał także działanie g—strofantyny, podanej podskórnie, i stwierdził, że działa ona wtedy znacznie silniej, aniżeli przy podawaniu wewnętrznem. Króliki n. p. znosiły przy zadawaniu wewnętrznem 100 razy większą dawkę g—strofantyny, niż przy wstrzykiwaniu podskórnem. U ludzi działa już 0·9—1·0 mg. g—strofantyny, wstrzyknięte podskórnie, tak trująco, że trzeba ją było stosować w znacznie mniejszych dawkach. Wobec tego, że g—strofantyna Thomsa, wstrzyknięta podskórnie, działa znacznie silniej trująco, aniżeli podana wewnętrznie, i że próby kliniczne przy wstrzykiwaniach podskórnych strofantyny dały ujemne wyniki, sądzi Hochheim, że g—strofantyna nie nadaje się do wstrzykiwań podskórnych. Podskórne wstrzyknięcie g—strofantyny drażni miejscowo i wywołuje nieprzyjemne objawy uboczne, szczególnie wymioty, ból głowy, a więc objawy, nie stojące w żadnym stosunku do działania leczniczego, które przy tym sposobie podawania jest bardzo małe; nadto może g—strofantyna Thomsa, stosowana podskórnie nawet w małych dawkach, zadziałać także zbiorowo.

Wogóle z badań, dotyczących strofantusa, nasion jego, strofantyny, a w szczególności dotyczących g—strofantyny Thomsa, wysnuć można następujące wnioski:

1) Odmiany strofantusa są bardzo liczne, a nasiona ich różnią się od siebie odmiennem działaniem farmakodynamicznem. Odróżnienie poszczególnych odmian nasion jest bardzo trudne. Na szczególniejszą uwagę zasługuje *Strophantus gratus*, którego nasiona łatwo można rozpoznać i odróżnić.

2) Strofantyny, uzyskane z różnych odmian strofantusa, działają bardzo nierównomiernie; to samo można powiedzieć o nastoju wyskokowym z nasiona strofantusa (*Tinct. strophanti*). Jedyną dotychczas znaną, czystą i krystaliczną strofantyną jest przetwór, uzyskany przez Thomsa z nasion odmiany *Strophantus gratus*, znany w handlu pod nazwą *g—Strophantinum crystallisatum Thoms.*

3) G—strofantyna Thomsa jest podobnie, jak przetwory naparstnicy, trucizną sercową, a może być podawana w celach leczniczych w tych samych przypadkach, co naparstnica. W cięższych zaburzeniach wyrównania nie zastąpi jednak g—strofantyna naparstnicy, do której w takich przypadkach, jako do pewniejszej, uciekać się musimy. W przypadkach lżejszych działa g—strofantyna lepiej, aniżeli naparstnica. Zaletą g—strofantyny jest, że przy podawaniu wewnętrznem nie działa zbiorowo, czem przewyższa naparstnicę. Można g—strofantynę podawać długi czas, tygodniami, bez obawy ujemnych objawów ubocznych, a jedyny objaw uboczny, jaki dotychczas znamy, t. j. biegunkę, łatwo usunąć przez podanie makowca, a w razie skłonności do biegunki przez podawanie odrazu strofantyny w połączeniu z makowcem. Ujemną stroną g—strofantyny jest to, że nie nadaje się do wstrzykiwań podskórnych i śródżylnych. Jako najodpowiedniejszą dawkę dla g—strofantyny zalecają 0·003—0·007 gm. *pro dosi*, zaś 0·030 gm. *pro die* dla dorosłych, z zastrzeżeniem, że te dawki podaje się wewnętrznie.

G—strofantyna działa tak samo, jak kwabaina Arnauda (*Quabaïnum Arnaud*) z *Lign. Quabaïo.*

Przyczynek do anatomii patologicznej raków sterczu.

Sprawozdanie tymczasowe, przedłożone paryskiej Akademii umiejętności (*Academie des sciences*) 5 lutego 1906.

Podali

Dr. B. Motz i Dr. F. Majewski.

Nowotwory nabłonkowe gruczołu krokowego składają się albo z ognisk litych (*carcinoma alveolare*), albo z ognisk mniej lub więcej litych, lecz którym towarzyszy lub które poprzedza nowotworzenie się pęcherzyków gruczołowych. Nowowytworzone pęcherzyki gruczołowe są zazwyczaj znacznie mniejsze, niż prawidłowe pęcherzyki gruczołowe sterczu. Liczba ich w pewnych przypadkach jest bardzo ograniczona (*adenocarcinoma*); w innych przypadkach jest znaczna (*adenoepithelioma* Albarrana i Hallego). Te dwie ostatnie odmiany stanowią znaczną większość nowotworów nabłonkowych gruczołu krokowego.

W przypadkach raka zwykłego (*carcinoma alveolare*) i raka gruczołowatego (*adenocarcinoma*) podścielisko mięsno-łącznotkankowe sterczu ulega zazwyczaj przemianie włóknistej. W przypadkach gruczolaka (*adenoepithelioma*) ta przemiana włóknista nie następuje lub rozwija się bardzo powoli. Jak rozpoznanie kliniczne typowego raka sterczu jest możliwe dzięki przemianie włóknistej podścieliska gruczołu, tak znów utrzymywanie się prawidłowej zbitości sterczu udaremnia rozpoznanie kliniczne znacznej części innych nowotworów tego narządu.

Szerzenie się nowotworów sterczu na gruczoły chłonne jest prawie stałem zjawiskiem. Nasze w tym względzie badania dały wynik dodatni w 25 przypadkach na 26 przypadków raka sterczu, rozpoznanych klinicznie na oddziale naszego szefa, prof. Guyona.

Naciek rakowy pęcherzyków nasiennych stwierdzono w 20 przypadkach. Jest on często znacznie wyraźniejszy po stronie lewej, niż po prawej.

Otrzewna była zajęta nowotworem w 3 przypadkach.

Odbytnica, często w przypadkach raka sterczu, przechodzącego na tkanki miednicy, otoczona masami nowotworowemi, sama zazwyczaj pozostaje nienaruszona.

Szerzenie się nowotworu na kręgi i kości łonowe zdarza się nierzadko.

Na pęcherz szerzy się nowotwór często. Stwierdziliśmy to 20 razy wśród 26 przypadków raka sterczu, rozpoznanych klinicznie. Naciek nowotworowy pęcherza powstaje albo w postaci utajonej, wykrywalnej tylko drobnowidowo, albo w postaci dostrzegalnej gołem okiem. Jeżeli nowotwór rozwinął się w pęcherzu niezbyt znacznie, to może mieć postać bądź to małych guzków, mniej lub więcej owrzodziałych, rozsianych na trójkącie (Lieutauda), bądź postać grubych wzniesień, wypuklających pokrywającą je błonę śluzową, bądź postać małych guzów, usadowionych mniej lub więcej na szerokiej podstawie. W innych przypadkach nowotwór szerzy się szeroko i wywołuje rozległe owrzodzenie ścian pęcherza.

Szerzenie się nowotworu na cewkę moczową stwierdzono w 7 przypadkach: dwa razy były to tylko drobne wyrośle nowotworowe, cztery razy w tylnej częś cewki były głębokie owrzodzenia, a raz była ona zupełnie zniszczona. Ciała jamiste były zajęte nowotworem w 3 przypadkach.

U 5 chorych znaleziono przerzuty: 3 razy w wątrobie, 2 razy na opłucnej i w płucach, raz w nerce i raz w kości udowej.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Max Gruber i Kenzo Futaki. **Sprawność surowicy a fagocytoza.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1906, Nr. 6). Fagocytoza jest, jak to z doświadczeń autorów wynika, zjawiskiem wtórnem; leukocyty bywają bowiem niejako zniewalane do pożerania bakteryi przez substancyę, zawartą w surowicy krwi, która w walce z zakażeniem ma główne znaczenie. Czy substancya ta, t. zw. opsoniny, jest identyczną z t. zw. aleksynami, rozstrzygnąć na razie autorowie nie mogą. Równe ilości bakteryi (durowych) poddawali autorowie działaniu leukocytów, zawartych raz w płynie obojętnym, potem w surowicy prawidłowej, wreszcie w surowicy zwierzęcia uodpornionego; w pierwszym razie była fagocytoza najmniejsza, w ostatnim największa. Zależy też wiele od gatunku danych bakteryi. Chociaż fagocytoza kończy się

z reguły zniszczeniem pochłoniętej bakteryi, to jednak może być i inaczej i tak rosną n. p. bakterye wąglika we wnętrzu ciałka białego lepiej nawet, niż w surowicy krwi. (Analogia ze zjawiskiem aglutynacyi, które również nie zależy od życia bakteryi).

Dr. M. Godlewski.

Schridde. **Studya nad krwinkami białemi ludzkiej krwi.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 4, 1906). Autor przemawia za badaniem szpiku kostnego, śledziony i gruczołów w skrawkach. Jak wiadomo, w szpiku ciętym na skrawki nie udaje się zabarwić dobrze ziaren komórkowych, dlatego polecano badać szpik roztarty między szkiełkami podobnie, jak krew. Autor twierdzi, że barwiąc skrawki jego metodą (asur II-eozyna-aceton) można bardzo łatwo uwidocznić ziarna komórkowe, a na zasadzie swych badań dochodzi do następujących wniosków: W życiu pozapłodowem stanowią limfocyty i leukocyty najzupełniej odrębne rasy komórkowe (*Zellrassen*): limfocyty powstają w t. zw. środkach rozrodczych (*Keimcentra*) z limfoblastów — nazwa, wprowadzona przez autora, a leukocyty w szpiku z myeloblastów (Naegeli). Tylko wśród wyjątkowych okoliczności może okołonaczyniowa tkanka w innych narządach wytwarzać te komórki. Zarówno leukocyty, jak i limfocyty posiadają zdolność czynnego poruszania się i przechodzenia do obiegu krwi. *Stahr.*

Langlois. **Unerwienie pęcherzyka żółciowego.** (*Presse méd.*, Nr. 11, 1906). Autor streszcza wyniki dotychczasowych badań nad unerwieniem pęcherzyka żółciowego. Odcięty od nerwów kurczy się pęcherzyk żółciowy rytmicznie, przy zwiększeniu parcia wewnętrznego co 40 sekund. Podrażniony prądem elektrycznym kurczy się wolno. Doyon uważa za jedyny nerw ruchowy pęcherzyka żółciowego nerw trzewny (*n. splanchnicus*). Pęcherzyk żółciowy bowiem jest zaopatrzony gałązkami nerwu błędnego i gałązkami głównego pnia nerwu współczulnego. Według Freerego nerw trzewny zawiera obok gałązek ruchowych także gałązki, hamujące kurczenie się pęcherzyka. Natomiast Baindridge i Dale twierdzą, że drażnienie n. trzewnego wywołuje obniżenie parcia śródpęcherzykowego, gałązek zaś ruchowych posiada ten nerw bardzo mało. Co do nerwu błędnego, to Doyon odmawia mu wszelkiego wpływu na kurczenie się pęcherzyka żółciowego, Courtada i Guyon uważają go za nerw ruchowy pęcherzyka, lecz skurcze wywołane drażnieniem nerwu błędnego są gwałtowniejsze, nerw trzewny wywołuje wolne skurcze. Jest to zresztą ogólną cechą, odróżniającą działanie tych nerwów, że nerwy współczulne wywołują skurcze wolne, nerwy rdzeniowe skurcze silne. Baindridge i Dale wreszcie przypisują nerwowi błędnemu podobne hypertoniczne działanie, jak poprzedni autorowie.

Mostowski.

Bärmann i Halberstaedter. **Doświadczalna gruźlica skóry u małp.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7, 1906). Wyciągami z narządów padłego na gruźlicę orangutana zaszczepili autorzy 24 makaków już to podskórnie, już też śródżylnie lub śródotrzewnie. Zwierzęta śródżylnie i śródotrzewnie szczepione padły na gruźlicę narządów wewnętrznych do miesiąca, z 21 podskórnie szczepionych u 9 powstała gruźlica w miejscu wstrzyknięcia. Dodatnie wyniki były po wstrzyknięciu wyciągów z wątroby i śledziony, mniej pewne ze szpiku kostnego i gruczołów chłonnych pachwinowych, ujemne z jądra i nadnercza. Gruźlicą skóry lub też narządów tych 9 małp szczepili autorowie następnie 54 zwierząt w skórę lub śródotrzewnie. W 3—5 tygodni rozwijała się typowa gruźlica skóry u zwierząt, którym materyał zakaźny wcierano w skórę. Gruźlicę stwierdzono mikroskopowo, zapomocą tuberkuliny i przez dalsze przeszczepianie na inne małpy w skórę lub też śródotrzewnie. U zwierząt szczepionych spostrzegano podniesienie się ciepłoty rano 38 do 39, wieczór 39—40·5° C. Następnie podają autorowie wyniki stosowania starej tuberkuliny (A. T.). Rzadko kiedy następowało wybitne podniesienie się ciepłoty ciała po wstrzyknięciu A. T. Na miejscowe zmiany gruźlicze w skórze wywierały wstrzykiwania A. T. z początku wpływ dodatni, sprawa jednak ogólna nie dała się wstrzymać. U zwierząt, które przed szczepieniem leczone były tuberkuliną, sprawa gruźlicza tak miejscowa, jak i ogólna w całej pełni się rozwinęła. Zwierzęta, dotknięte gruźlicą skóry, padły następnie z powodu gruźlicy narządów wewnętrznych, szczególnie śledziony i wątroby, rzadziej rozwijały się zmiany gruźlicze w płucach. Autorzy zapowiadają dalsze doświadczenia ze starą i nową tuberkuliną i hodowlami prątków gruźliczych rozmaitego pochodzenia. *E.*

MEDYCYNA WEWNĘTZNA. A. Erlenmayer. **Podniesienie ciśnienia tętniczego w miażdżycy tętnic i jego leczenie.** (*Deuts. med. Woch.*, 1906, Nr. 7). Krehl uważał podniesienie ciśnienia tętniczego z jednej strony za objaw towarzyszący i następowy miażdżycy, z drugiej strony za objaw wyrównawczy lub rodzaj samopomocy ustroju w zwalczaniu przyczyny miażdżycy i z tego powodu przestrzegał przed leczniczem obniżaniem tego, celowo przez ustrój podniesionego ciśnienia. Autor z tem się nie zgadza i wskazuje na trudność pogodzenia tych zdań w każdym poszczególnym przypadku ze względu na wynikające z tego postępowanie lecznicze. Autor już dawniej podniósł znaczenie wzrostu ciśnienia krwi jako czynnika, przeszkadzającego zamknięciu się najmniejszych zmienionych miażdżycowo tętniczek, a stosownie do tego zalecał w rozpoczynającej się miażdżycy stosowanie kąpieli solankowych z kwasem węglowym, a w rozwiniętej miażdżycy przy już wynikłem podniesieniu ciśnienia i przeroście lewej komory polecał małe upusty krwi, aby obniżyć ciśnienie tętnicze i usunąć niebezpieczeństwo pęknięcia naczyń, któreby mogło grozić tem pewniej, gdyby postępowanie lecznicze uwzględniało zapatrywanie Krehla. Zresztą i w znanych dobrych wynikach jodku potasu widzi autor poparcie swych wywodów; działanie jodku potasu polega bowiem nie na rozszerzeniu małych naczyń i stąd płynącem obniżeniu ciśnienia krwi, lecz na zmniejszeniu lepkości krwi (O. Müller i Inada) i skutkiem tego szybszym obiegu krwi, a z niem i obniżeniu ciśnienia tętniczego, której to własności jodku potasu Krehl nie uwzględnił. W końcu podaje autor następujące wnioski: 1) Podniesienie ciśnienia tętniczego w miażdżycy tętnic może mieć znaczenie samopomocy ustroju w walce z miażdżycą. 2) W przypadkach miażdżycy bez podniesienia ciśnienia należy dążyć do jego podniesienia przez solankowe kąpiele z kwasem węglowym. 3) W przypadkach miażdżycy ze średniem podniesieniem ciśnienia wskazane jest podanie jodku potasu dla zmniejszenia lepkości krwi. 4) W przypadkach miażdżycy z wielkiem podniesieniem ciśnienia tętniczego wskazane są niewielkie, co pewien czas powtarzane upusty krwi, aby uchylić niebezpieczeństwo pęknięcia naczyń, i podawanie jodku potasu.

Maciag.

Veiel. **O wpływie wrażeń psychicznych na zaburzenia w czynności serca.** (*Münch. med. Woch.*, 1906, Nr. 7). Nawiązując do wywodów Müllera (*Münch. med. W.*, 1906, Nr. 1), który niekorzystny wpływ przykrych wrażeń na serce tłómaczy kurczem naczyń wieńcowych serca, powstałym przez pobudzenie środka naczynioruchowego, przytacza autor własne spostrzeżenie, zdające się potwierdzać to przypuszczenie. Chory, u którego naczynioruchowa pobudliwość jest wzmożona, doznaje pod wpływem każdego przykrego wrażenia bólu i ucisku w okolicy serca. Radość wywołuje u niego w tej samej okolicy uczucie przyjemne.

Dr. M. Godlewski.

Prof. Schüller. **O pasorzytach we krwi chorego na żółtą gorączkę.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7, 1906). Autor w jednym przypadku żółtej gorączki znalazł w preparatach barwionych krwi pasorzyta, należącego do pierwotniaków, spostrzegając go we wszystkich okresach rozwoju w krwinkach czerwonych i białych, jakoteż i między krwinkami. Pasorzyt ten wywołuje znaczny rozpad ciałek krwi, co zgadza się z objawami gorączki żółtej. *E.*

R. Koch. **O afrykańskim durze powrotnym.** (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7, 1906). Przyczyną duru powrotnego w Afryce wschodniej jest drobnoustrój, podobny zupełnie do krętka Obermeiera. Drobnoustrój ten dostaje się przez pasorzyta, należącego do gatunku pajęczaków, tak zw. *Ornithodorus moubata*, do krwi człowieka. Pasorzyt ten żyje w Afryce wschodniej w ziemi suchej, w chatach tubylców, nocą zaś wyłazi na powierzchnię i wbiwszy się w skórę ludzi, wysysa krew. Że zakażenie tą drogą się szerzy, stwierdził Koch doświadczeniami na małpach. Przebieg choroby w Afryce tem tylko się różni od duru powrotnego u nas, że napady są krótsze (1—3 dni), a przerwy dłuższe. Leczenia swoistego na tę chorobę nie mamy, chinina zupełnie nie działa; tem więc ważniejsze jest zapobieganie (należy mieszkać w pewnem oddaleniu (20—30 metrów) od chat tubylców). Miejscowa ludność przechodzi dur powrotny w dzieciństwie i nabywa odporności; europejczycy chorują często, jeżeli nie zachowują ostrożności. *E.*

M. Eiger. **O zastosowaniu praktycznem ilościowej metody Pavyego do oznaczania cukru w moczu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 7). Autor poleca metodę Sahli-Pavyego jako pewną i doskonale nadającą się do celów praktyki lekarskiej. Roczyny do tego potrzebne są dwa: Roczyn I. *Cupri sulphurici crystal. puri* 4,158. *Aquae dest.* ad 500,0. Roczyn II. *Salis Seignetti* 20,4. *Kali caustici puri* 25,0. *Ammonii caust.* (*c. g.* 0,88) 300,0. *Aquae destill.* ad 500,0. Z przyrządów potrzebne są: 2 pipety 5 cm.³ (jedna do moczu, druga do roczynu I), cylinder mały 5 cm.³ do roczynu II, biureta, dwie kolby Erlenmayerowskie o pojemności 75—100 cm. i wązki cylinder 100—200 cm.³, podzielony na pojedyncze cm.³.

Wykonanie: Do obu kolb wlewa się po 5 cm.³ roczynu I pipetą i po 5 cm.³ roczynu II małym cylindrem odmierzając i roz-

cieńcza się obie porcye (po 10 cm.³ płynu Pavyego) 30 cm. sześciennymi wody. Płyny w kolbach ogrzewa się do wrzenia, a równocześnie rozcieńcza się 5 cm³ moczu wodą do 50 cm.³ w cylindrze miarowym, i napełnia biuretę, z której kroplami dodaje się rozczynu moczu do jednej kolby z płynem Pavyego aż do odbarwienia się płynu. To pierwsze próbne oznaczenie wskaże nam, jak mamy rozcieńczyć mocz według tabeli autora: Gdy zużyto 1 cm.³ rozczynu moczu z biurety, należy rozcieńczyć mocz 100 razy, gdy 1—1,5 cm.³—50 razy, gdy 1,5—2,5 cm.³ 40 razy, gdy 2,5—5 cm.³ 20 razy, gdy 5—10 cm.³ 10 razy, gdy ponad 10 cm.³ 5 razy. Napełnia się więc drugi raz biuretę odpowiednio rozcieńczonym moczem i dodaje z niej kroplami do drugiej kolby wrzącego płynu Pavyego aż do zupełnego odbarwienia. Drugie dokładne rozcieńczenie moczu ważne jest ze względu na ścisłość wyników, możliwą tylko w 0,5—1‰ rozczynie cukru. Następnie z ilości użytych cm.³ rozczynu moczu oblicza się odsetek cukru, biorąc za podstawę, że 10 cm.³ płynu Pavyego redukuje 0,005 cukru gronowego: np. 8 cm. zużyto, a mocz rozcieńczono 20 razy, to odsetek cukru wynosić będzie

$$\frac{0{,}005.100.20}{8} = \frac{5{,}2}{8} = 1{,}25 \text{ prc.}$$

Maciąg.

A. Schütze. **Ostre wstępujące porażenie Landryego po durze brzusznym z wyleczeniem.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906, Nr. 7). Przypadek ten, którego główne szczegóły zawiera już tytuł, o tyle jest ważny, że zakończył się pomyślnie i że przez stwierdzenie prątków Eberth-Gaffkyego dokładnie stwierdzono etyologię pierwotnej choroby. *E.*

A. Tissauer. **Natrysk z pary jako środek wykrztuśny.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 7). Autor stosował natrysk z pary w kilkudziesięciu przypadkach chorób piersiowych, w których nie było wykrztuszania, lub też było ono utrudnione; doszedłszy do zadowalniających wyników, poleca stosowanie tego leczenia, dzielnie mającego wspomagać przyczynowe, w gruźliczych nieżytach szczytów, gruźlicy rozpadowej płuc, przewlekłych nieżytach oskrzeli, rozedmie i rozszerzeniu oskrzelików, w następujący sposób; Natryski z pary o ciepł. 42° do 52° C. (zależnie od wrażliwości chorego) na górną połowę ciała z przodu i z tyłu, trwające 15 sekund, a następnie natrysk z wody zimnej o ciepł. 15—20° C. przez 3—5 sekund, osuszenie i wytarcie skóry. Przy codziennem stosowaniu tego zabiegu wykrztuszanie następowało tam, gdzie go wcale nie było, albo zwiększało się, gdy było skąpe, zaraz lub w bardzo krótkim czasie po zabiegu, a inne objawy, jak brak tchu i duszność u gruźliczych, bole międzyłopatkowe — ustępowały lub łagodniały. Zwiększonego pocenia się i przekrwienia autor nie spostrzegał, liczba tętna w przeważnej części przypadków po zabiegu przemijająco zwiększała się. U chorych z wadami serca autor nie stosował natrysków. *Maciąg.*

K. Zaleski. **Przypadek obecności wiciowców w wypróżnieniach ludzkich.** (*Medycyna*, Nr. 6, 1906). U kobiety, cierpiącej od 5 miesięcy na biegunkę (12 stolców na dobę bez domieszki krwi), której makowiec nie usuwał, oraz na nieżyt pęcherza i pochwy, stwierdził autor w stolcach, w pęcherzu i pochwie wiciowce, które w tym przypadku uważa za przyczynę choroby. Po zastosowaniu po 0 5 chininy 2 razy dziennie, lewatyw z 1% rozczynu chininy i przestrzykiwań pochwy i pęcherza moczowego kwasem borowym chora wkrótce zupełnie wyzdrowiała. *E.*

J. Vogel. **O podziale zapalenia nerek** (*Morbus Brighti*). (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 7. 1906). Autor uważa za najlepszy podział Senatora. Według niego rozróżnić należy trzy postacie zapalenia nerek: a) zapalenie ostre, b) zapalenie przewlekłe miąższowe bez stwardnienia i c) zapalenie przewlekłe ze stwardnieniem. Zapalenie ostre dzieli jeszcze autor na: zapalenie ostre miąższowe i rozlane, przyczem zawsze trzeba mieć na względzie, że nie istnieją postacie czyste, lecz że tylko pewne zmiany nad drugiemi przeważają. Trzecią postać zapalenia nerek podzielić można na: 1) marskość nerki następową: 2) zapalenie przewlekłe śródmiąższowe i 3) miażdżycową marskość nerki. Podział zapalenia nerek na podstawie etyologicznej lub ściśle anatomo-patologicznej należy zarzucić. *E.*

Ferry-Mandoul. **Bacillus fluorescens liquefaciens w chorobach oskrzeli i narządu oddechowego.** (*Presse méd.*, Nr. 12, 1906). Autorowie znaleźli w plwocinie wielu chorych na dur brzuszny i grypę *bac fluor. liquef* Stwierdzenie przeto w plwocinie chorych na dur brzuszny prątków, odbarwiających się sposobem Grama, nie dowodzi, że to są prątki Ebertha, może to być bowiem *bac. fluor. liquef.*, który, choć zwykle niewinny, w pewnych warunkach może wywoływać nieżyt dróg oddechowych. Wiele cierpień narządu oddechowego, obejmowanych nazwą grypy, ma być według autorów wynikiem działania tego właśnie drobnoustroju. *Mostowski.*

Gilbert i Villaret. **Bolesność wątroby u astmatyków.** (*Presse méd.*, Nr. 11, 1906). Jako bardzo częsty objaw, towarzyszący dychawicy oskrzelowej, stwierdzili autorowie bardzo wielką bolesność wątroby podczas napadów i między napadami dychawicy. Uważają oni ten objaw, któremu nie towarzyszą ani powiększenie wątroby, ani żadne wyraźne przypady w narządzie krążenia lub oddychania, za skutek zmienionych warunków krążenia. Jest to jednak według autorów objaw preasystoliczny, a nie asystoliczny, dowodzący, że na pierwsze nieuchwytne jeszcze zmiany krążenia wątroba oddziaływa bolesnością. Przy następowych poważniejszych zmianach w krążeniu, które łączą się ze zmianą anatomiczną w wątrobie, bolesności niemożna zauważyć. *Mostowski.*

Bickel. **Badania doświadczalne co do wpływu wód mineralnych na czynność wydzielniczą żołądka.** (*Berl. klin. Wschft.* Nr. 2, 1906). Autor wykonał doświadczenia na psach z przetoką w dnie sztucznie wytworzonego małego żołądka. Zwierzęta wypijały pewną ilość wody mineralnej, która działała na duży żołądek, nie dostając się do małego żołądka; w pół godziny potem podawano im mleko, przyczem równocześnie odruchowo z przetoki małego żołądka wydzielał się sok żołądkowy i ten sok badano. Działając przed podaniem pokarmu wodą przekroploną lub różnemi wodami mineralnemi na błonę śluzową wielkiego żołądka, można było zauważyć wywołane przez działanie wody zmiany ilościowe i jakościowe wydzieliny małego żołądka. Drugi szereg doświadczeń dotyczył psów, u których obok przetoki żołądkowej utworzono przetokę przełykową. Przez tę przetokę wlewano badaną wodę do żołądka, po 15 minutach ją wypuszczano, żołądek wysuszano wacikami, poczem przez jamę ustną podawano pokarm, który zwierzę połykało. Pokarm wydostawał się na zewnątrz przez przetokę przełykową, z przetoki zaś żołądkowej otrzymywano wszystek sok żołądkowy, przy tem pozornem karmieniu odruchowo się wydzielający i w ten sposób można było stwierdzić zmiany w ilości i składzie soku żołądkowego, znamienne dla działania różnych wód mineralnych. W ten sam sposób badał autor działanie wód mineralnych na żołądek ludzki u dziewczyny z przetoką żołądkową i przełykową, podobnie jak u właśnie opisanych psów. W tych niezmiernie czysto dających się wykonać doświadczeniach powiodło się autorowi stwierdzić, że 1) szczawy zwykłe (Apollinaris, Harzer Sauerbrunnen, Giesshübel), 2) wody słone (Kissingen Rakoczy, Wiesbaden-Kochbrunnen, Hauptstollenquelle w Baden-Baden) i 3) wody alkalicznoziemne (emska i selterska) działają podniecająco na żołądek, t. j. zwiększają ilość soku i ilość wydzielanego kwasu solnego, one zatem, a szczególnie wody słone (Kissingen) są wskazane przy obniżeniu kwaśności na tle organicznem, np. w nieżycie żołądka, gdy dawniej sądzono, że podawanie wód słonych hamuje czynność wydzielniczą żołądka: 4) wody alkaliczno-solne (Karlsbad, Marienbad, Francensbad, Taresp) niezwiększają wcale czynności wydzielniczej, a 5) wody czysto alkaliczne (Vichy, Fachingen, Bilińska, Neuenahr) działają wyraźnie hamująco. Podobnie działają wody gorzkie (Hunyady-Janos); tu wprawdzie ilość kwasu solnego i innych działających składników się zmniejsza, ale często zwiększa się ilość wody, nagromadzającej się w żołądku, co jest, jak wiadomo, dla soli magnezyowych znamienne. Zatem przy nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego na tle organicznem wskazane są wody alkalicznosolne i czysto alkaliczne, nietylko dla swego działania zobojętniającego, ale głównie dla tego, że działają hamująco na wydzielanie się soku żołądkowego. *Mostowski.*

J. Lewiński. **O zakryciu cukru gronowego i glukozaminu przez inne ciała, obecne w rozczynie.** (*Berl. klin Wochs.* Nr. 5, 1906). Znaną jest rzeczą, że wszystkie dotychczasowe próby na cukier w rozczynach ciał białkowatych nie są ścisłe, że jakkolwiek próba wypadnie ujemnie, zawsze powstaje wątpliwość czy znaczniejsze ilości cukru przez te ciała, obecne w rozczynie nie zostały zakryte i przez to nie dały się zapomocą istniejących prób wykryć. Autor przedsięwziął szereg prób na cukier w rozczynach peptonu, wyciągu mięsnego i z narządów gruczołowych i strącając pepton i wyciąg mięsny alkoholem lub kwasem fosforowolframowym uzyskał zadowalniający wynik. Postępuje on w ten sposób: Przy wyciągach z wątroby, śledziony i nerek strąca płyn, zawierający cukier, octanem ołowiowym zasadowym, alkalizuje silnie amoniakiem, po godzinie przesącza osad, wymywa wodą, miesza go z wodą i przepuszcza przezeń w nadmiarze siarkowodór. Następnie przesącza i odparowuje do $^1/_5$ pierwotnej objętości. W ten sposób może wykazać w rozczynie jeszcze 0,02 prc. cukru. *E.*

S. Serkowski. **O wskaźnikach moczu.** (*Nowiny lek.* 1906, Nr. 1). Oznaczenie bezwzględnych ilości prawidłowych składników moczu ma w praktyce mniejsze znaczenie, aniżeli określenie wzajemnego stosunku stałych składników do siebie, czyli oznaczenie t. zw. wskaźników moczu, które dają jaśniejszy obraz typu da-

nego moczu i pogląd na czynności lub rozpad pewnych tkanek i narządów badanego ustroju. Autor zestawia te wskaźniki z 5652 rozbiorów moczu, wykonanych w pracowni własnej w Łodzi. Wskaźnik osmotyczny Poehla wyraża się stosunkiem ciśnienia osmotycznego do ilości części stałych w odsetkach. Wskaźnik osmotyczny krwi = 23,96, moczu = około 40,0; różnica 16,04 wyrażać ma pracę nerek. W większości przypadków niedomogi nerkowej mamy do czynienia z nieznaczną hyperosmozą krwi i znaczną hypostenurią osadu. Co do stosunku eterosiarczanów do indykanu, utarty pogląd, że wahania eterosiarczanów i indykanu idą równolegle, sprawdza się według autora tylko w 28 prc. przypadków, natomiast w 72 prc. przypadków eterosiarczany bywają niezwiększone przy zwiększonym indykanie. Przy określeniu indykanu należy zwracać uwagę na stosunek do ciężaru właściwego, bo przy nizkim ciężarze właściwym odczyn Jaffego wybitniej świadczy o indykanuryi, niż przy wysokim. Zwiększenie indykanu znajdował autor częściej (w 63 prc. przypadków) bez oksaluryi, niż przy towarzyszącej oksaluryi (37 prc.). Co do wskaźnika Poehla, wyrażającego stosunek fosforanów ogólnych do fosforanów kwaśnych i będącego miarą stopnia zasadowości krwi, to był on w 68 prc. przypadków zwiększony, w 26·2 prc. zmniejszony, w 5·7 prc. prawidłowy. Wskaźnik stosunku azotu do fosforanów (prawidłowo $\frac{100}{17-20}$), którego zwiększenie według Zuelzera wskazuje na rozpad tkanki nerwowej, wypadał w pracowni Serkowskiego w 64 prc. przypadkach zmniejszony, w 20 prc. zwiększony, a w 16 prc. prawidłowy. Wskaźnik Zernera stosunku kwasu moczowego do fosforanów kwaśnych, dający obraz prawidłowości wydalania kwasu moczowego, był w 80 prc. przypadków zwiększony, w 17 prc. prawidłowy, a w 3 prc. zmniejszony. Stosunek azotu do siarczanów, zmieniający się w cierpieniach nerwowych, cukrzycy i raku, był w 58 prc. przypadków zmniejszony, w 35·3 prc. zwiększony, a w 6·3 prc. prawidłowy. Wskaźnik Bouvereta, który przez oznaczenie stosunku mocznika do chlorków daje wskazówki co do wydzielniczych i chłonnych własności żołądka, znalazł autor w 48 prc. przypadkach zwiększonym, w 46 prc. zmniejszonym, a w 6 prc. prawidłowym. Co do stosunku cukru do acetonu i kwasu acetyloctowego, to w moczach cukrzycych w 58 prc. był aceton, a w 43 prc. aceton i kwas acetyloctowy wykrywalny. Wydzielanie się cukru w moczu jest proporcyonalne do wydzielanego azotu, mocznika i kwasu fosforowego i prawie zawsze bywa azoturya, a do 17 prc. przypadków i fosfaturya. Między ilością wydzielanego z moczem cukru, nie pochodzącego z pokarmów, a ilością azotu, zachodzi dość stały stosunek 28: 1. Co do wzajemnego stosunku białka i cukru w moczu, to na 653 przypadków wybitnego cukromoczu w 127 stwierdził równocześnie autor białko i elementy nerkowe, w 222 ślady białka, a w reszcie nie było ani białka, ani elementów nerkowych. Autor często spostrzegał, że u chorych na cukrzycę równocześnie ze zjawieniem się białka w moczu odsetek cukru spada bardzo znacznie, nieraz do śladów, czasami do O, a na pierwszy plan występuje białko w ilości do 1 prc. i więcej, oraz składniki nerkowe. *Dr. M. Blassberg.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. M. le Maire. **Stosunek płci noworodków ze szczególnem uwzględnieniem płodów wymokłych (zmacerowanych).** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 5). Zachęcony pracą Bucury (ref. w *Przegl. lek.* 1905, Nr. 51) zajął się M. podobnem zestawieniem statystycznem około 40.000 porodów, przyczem dochodzi do bardzo podobnych wyników. *B. Wojciechowski.*

A. Calmann. **Niebezpieczeństwo wentrofiksacyi.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 6). Przy sposobności wycięcia przydatków prawych z powodu torbiela jajnikowego przyszyto macicę tyłozgiętą 2 szwami katgutowymi, przeprowadzonymi na wysokości trąbek, do ściany brzusznej. W następstwie wystąpiły bole, krwotoki, dolegliwości w czasie ciąży i 2 poronienia, z powodu czego raz macicę skrobano. Wreszcie donosiła chora mimo krwawień w ciąży i urodziła szybko płód zdrowy. Nastąpiło znowu poronienie, a później silne krwotoki miesięczne i bole w krzyżach. W czasie następnej ciąży czuła się chora nieźle. Bole porodowe rozpoczęły się we właściwym czasie. Badanie stwierdziło postronek grubości palca, długości 2 cm., biegnący od górnego brzegu blizny do przedniej ściany macicy. Dno macicy na palec nad pępkiem, brzuch wypuklony silnie po stronie prawej poniżej pępka. Więzadło okrągłe prawe silnie napięte, lewego nie można wybadać. Stwierdzono 3 duże części płodu. Rozpoznano ciążę bliźniaczą z ułożeniem poprzecznem obu płodów i skręcenie macicy od strony prawej ku lewej o 75°. Część pochwowa wysoko z tyłu na wysokości wzgórka kości krzyżowej, ujście zamknięte. Bole słabe, wzmogły się później, a po 12 godzinach pękł pęcherz. Kształt i ułożenie macicy niezmienione; 3 palce poniżej pępka pierścień skurczowy skośnie od strony prawej ku lewej i górze. Badalny tylko jeden płód w położeniu poprzecznem. Tony płodu nieregularne, na prawo od pępka. Część pochwowa zachowana, ciepł. 38·5, tętno 120, gwałtowne bole. Uchwyciwszy z trudnością część pochwową za obie wargi (bez wziernika) wprowadzono do macicy balon, który pękł natychmiast. Badając całą ręką natrafia się na zupełnie rozwarte ujście; to, co sprawiało wrażenie tylnej wargi, jest fałdem pochwy; tylnej wargi dosięgnąć nie można mimo wprowadzenia ręki po łokieć. Udało się uchwycić nóżkę pierwszego płodu i wydobyć go, jakoteż docucić. Teraz da się już dosięgnąć tylna warga na 2 palce ponad wzgórkiem kości krzyżowej. Płód drugi, wydobyty również za nóżkę, zdrowy. Łożysko wspólne wygnieciono z powodu krwotoku i założono opaskę uciskającą. W połogu bolesność rogu prawego i ciepł. do 38° pomiędzy 9. a 11. dniem. — W przypadku tym rozciągnęło nadmiernie duże jaje płodowe głównie ścianę tylną i prawą, osłabioną może po wycięciu przydatków. Pierwszy poród przebiegł dlatego szczęśliwie, że jędrność powłok u pierwiastki i mniejsze rozmiary jaja pozwoliły bołom działać w kierunku więcej do prawidłowego zbliżonym. Gdyby nie szczęśliwe uchwycenie nóżki, musianoby się uciec do cięcia cesarskiego. *B. Wojciechowski.*

E. Essen-Möller. **O zachowaniu się miesiączkowania w czasie karmienia.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 6). Rozpowszechnionem jest przekonanie, że miesiączkowanie w mniejszej liczbie przypadków wraca mimo karmienia około 5. miesiąca ciąży, niekiedy już po 2 miesiącach. Śledząc tę sprawę w kilkuset przypadkach i to z uwzględnieniem wszystkich przebytych porodów, dochodzi M. do następujących wniosków: Miesiączkowanie wraca podczas karmienia w 60 prc. wszystkich przypadków, jest zatem zjawiskiem prawidłowem; w $\frac{1}{3}$ przypadków wraca w ciągu 2 pierwszych miesięcy karmienia i występuje w następnych miesiącach coraz rzadziej. Przewagi pierwiastek pod tym względem nie stwierdzono (wbrew zdaniu Tarnier-Chautreuil). *B. Wojciechowski.*

H. Meyer-Ruegg. **Narzędzie do tamowania krwotoków atonicznych po porodzie.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 6). Tamponowanie macicy połogowej sposobem Dührssena wymaga wprawy, asysty, mieści w sobie niebezpieczeństwo zakażenia z niższych dróg rodnych z powodu nagromadzenia się tkanek obumarłych (skrzepy, doczesna) w macicy, — wreszcie jest zabiegiem bolesnym. R. podaje rysunek narzędzia, którego od jakiegoś czasu w miejsce tamponowania używa. Ma ono kształt kolbiasty, długości 15 cm., szerokość zgrubienia 5 cm., wygięcie w kształcie S. Powierzchnia zgrubienia kolbiastego pokryta szeregiem tępych żeber, które służą do oderwania skrzepów, przylegających do ściany macicy i do silniejszego podrażnienia. Wprowadzić można narzędzie pod kontrolą oka. Wysunąwszy dno macicy odpowiednio wysoko, łatwo bardzo nacierać je można ręką zewnętrzną i w ten sposób znakomicie opróżnić jamę macicy, jakoteż pobudzić ścianę do silnego skurczu. R. ma nadto nadzieję, że przy cienkich powłokach można będzie po uniesieniu dna macicy bardzo wysoko, wprost ręką zewnętrzną zacisnąć naczynia maciczne, — jakoteż, że zapomocą tego narzędzia łatwo powinno się udać odprowadzenie macicy świeżo wynicowanej. Narzędzie jest bardzo lekkie, sporządzone z glinu, tak że można je bez obawy pozostawić przez 20—30 minut w macicy, po którym to czasie niebezpieczeństwo krwotoku zazwyczaj mija. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

A. Dührssen. **Postępy lecznicze w położnictwie.** (*Heilkunde* 1906, Nr. 1). Główny problem położnictwa, na który pracowały całe wieki, mianowicie możność bezpiecznego ukończenia porodu, skoro tylko zachodzi niebezpieczeństwo dla matki lub dziecka, jest zdaniem D. rozwiązany dzięki szeregowi zabiegów chirurgicznych, a głównie dzięki cięciu cesarskiemu pochwowemu i hebotomii. Obie operacye są łatwe i mogą być nawet w domach prywatnych wykonywane. Cięcie cesarskie pochwowe wykonuje się w razie przeszkód ze strony części miękkich, nawet przed wystąpieniem bolów porodowych i przy utrzymanej i zamkniętej szyjce. Zabieg polega na przecięciu przedniego sklepienia, oddzieleniu na tępo pęcherza moczowego od macicy i na rozcięciu przedniej ściany szyi i trzonu; przy dużej główce poleca autor rozciąć również tylną ścianę macicy. Jeżeli zachodzi także przeszkoda ze strony pochwy (u starszych pierworódek), radzi D. wykonać prócz tego podane przez siebie cięcie pochwy i krocza (*kolpoperineotomia*). Na 272 wykonanych operacyi miał D. 36 przypadków śmierci matki, więc 13·2 prc. — Hebotomia usuwa przeszkody ze strony kanału porodowego kostnego, nawet gdy wymiar prosty wynosi 6·75 cm. Zapomocą piłki Gigliego (przeprowadzonej igłą Döderleina lub Seeligmanna), przepiłowuje się kość łonową obok stawu łonowego. Rozszerzenie miednicy jest tak wielkie, jak przy symfizeotomii, a niebezpieczeństwo zranienia pęcherza i zakażenia daleko mniejsze, prócz tego kości zrastają się bardzo dobrze. Po wykonaniu tej operacyi poleca D. zaniast

wysokich kleszczy wykonać obrót i wydobycie dziecka. Na 115 wykonanych hebotomii przypadły 2 zejścia śmiertelne. *Jaworowski.*

M. Hofmeier. **„Cięcie cesarskie pochwowe“ i era chirurgiczna w położnictwie.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 5). Autor nie zgadza się na nazwę „cięcie cesarskie pochwowe“ (*sectio caesarea vaginalis*) dla operacyi, podanej przez Dührssena. Przez cięcie cesarskie bowiem zrozumiemy cięcie, poprowadzone przez trzon macicy ciężarnej powyżej miednicy, po otworzeniu jamy brzusznej. Zresztą operacya Dührssena nie zmierza do stworzenia nowego sposobu rozwiązania, lecz jest krwawem rozszerzeniem naturalnych dróg porodowych. Należy ją więc zaliczyć do szeregu zabiegów położniczych, trafnie przez Francuzów nazwanych »*accouchement forcé*«. Lepszą jest nazwa, podana przez Bumma: *kolpohysterotomia m. Dührssen.* Operacya ta, zdaniem H., nie jest tak łatwa i niegroźna, jak podaje Dührssen. Nawet doświadczony operator może się spotkać w ciągu operacyi z tak silnym krwotokiem atonicznym i z ran, że nawet tamponada macicy może się okazać niewystarczającą i trzeba wyciąć macicę przez pochwę. Dlatego, zanim przystąpi do tej operacyi, powinien się operator dobrze zastanowić, czy niema innego sposobu rozwiązania matki. Wogóle autor jest wielkim przeciwnikiem panującego obecnie w Niemczech chirurgicznego kierunku rozwiązywania. Kierunek ten, którego hasłem jest »najpierw dziecko, potem matka“, okazał się dotychczas więcej szkodliwym, niż pożytecznym. *Jaworowski.*

Doc. Sołowij. **O wartości sztucznego przedwczesnego porodu przy zwężeniu miednicy.** (*Tygodnik lekarski* 1906, Nr. 6). Autor, opierając się na bardzo obfitym materyale, zebranym z rożnych zakładów porodowych, zestawia dwie tabele, z których wynika, iż te same kobiety, które na końcu ciąży rodziły 25 prc. dzieci nieżywo, po wykonaniu powyższego zabiegu urodziły 61 prc. dzieci żywo. Doświadczenie autora potwierdza tę statystykę; radzi on wykonywać powyższy zabieg zapomocą metreuryzy, jako rękoczynu najkorzystniejszego dla matki i płodu. Przytaczając słowa Ahlfelda, że „sztuczny poród przedwczesny powinien przebiegać ile możności podobnie do porodu prawidłowego“, podaje autor główne wskazania i warunki u wieloródek: *a)* koniec 36-go tygodnia ciąży; *b)* sprzężna prawdziwa 7—9 cm. przy miednicach płaskich, a $7^1/_2$—$9^1/_2$ przy ogólnie ścieśnionych; — powyżej tej granicy zabieg jest wskazany tylko wtedy, jeżeli przy poprzednich porodach dzieci rodziły się nieżywe; *c)* wyłączenie ciąży bliźniaczej; *d)* pewność, że płód żyje. U pierwiastek należy zająć stanowisko wyczekujące. U niezamężnych nie radzi autor wykonywać sztucznego przedwczesnego porodu, ponieważ płody ich dla braku starań i warunków korzystnych giną. Rokowanie zawisło od stopnia zwężenia miednicy. *Ow.*

J. Halban. **O pomijanym dotychczas objawie ciąży.** (*Hypertrichosis graviditatis*). (*Wiener klin. Wochs.* 1906. Nr. 1). Już w pierwszych miesiącach ciąży występuje tak u blondynek, jak i u brunetek, wzmożony porost włosów na twarzy i na brodzie (według typu męskiego), jakoteż na całem ciele, głównie na brzuchu i na kończynach. Objaw ten spostrzedz można przy nieco pilniejszem badaniu u każdej ciężarnej, należy go więc uważać za znamienny dla ciąży. Według autora zjawisko to wywołane jest działaniem pewnych substancyi, wydzielanych przez łożysko lub nabłonek owodni. Substancye te mają wywoływać przekrwienie skóry, a to pociąga za sobą wzmożony porost włosów. Po ukończonym porodzie, często już w pierwszych dniach połogu, włosy te wypadają. Ponieważ istoty, wydzielane przez łożysko, krążą także i w ustroju dziecka, przeto i u dziecka wywołują one tosamo zjawisko. *Jaworowski.*

Saradeth. **Zapobieganie gorączce połogowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 2). Jedną z częstszych przyczyn gorączki połogowej jest wykonywanie przez położne chrztu na dziecku, będącem jeszcze w łonie matki. Ustawa, która poleca położnym w ten sposób chrzcić w razie grożącego dla życia dziecka niebezpieczeństwa, powinna równocześnie wyraźnie postanawiać, że czynność ta ma być wykonaną ze względu na zdrowie matki według wszelkich prawideł postępowania bezgnilnego. Należy więc chrzcić nie zwykłą wodą i nie palcem, lecz wodą przegotowaną i zapomocą wyjałowionej strzykawki. *Jaworowski.*

H. Beer. **W sprawie przyczyn gorączki połogowej.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 5). Zdarza się często, że mimo zachowania najdokładniejszej czystości wobec rodzącej i położnicy, zachodzą przypadki gorączki połogowej, kończącej się nierzadko śmiercią. I tak B. spostrzegał trzy przypadki gorączki połogowej u kobiet, u których porody były zupełnie prawidłowe. Ponieważ wszystkie te położnice znajdowały się w opiece jednej i tejsamej położnej, przeto B. zbadał ją dokładnie i wykrył u niej przewlekłe ropienie zatoki szczękowej (Highmora). Nie ulega wątpliwości, że przyczyną zakażenia w tych przypadkach było badanie palcem, niedość dobrze odkażonym po częstem zanieczyszczaniu wydzieliną ropną z nosa. *Jaworowski.*

Zweifel. **Zatrucie ustroju, wywołujące rzucawkę — uwagi tyczące się leczenia.** (*Münch. med Wochs.* 1906, Nr. 7). Wychodząc z założenia, że przyczyna tej zagadkowej choroby leży w samozatruciu ustroju, stara się autor na zasadzie chemicznego rozbioru moczu i krwi chorych określić wytwór wymiany materyi, wywołujący chorobę. Zmniejszenie się ilości wydzielanego moczem mocznika świadczy o słabem utlenianiu się ciał białkowatych, zwiększenie się zaś ilości wydzielanego amoniaku, świadczące o nadmiernem jego wytwarzaniu, pojawia się, jak wiadomo, jako rodzaj samoobrony ustroju przeciw nadmiernej ilości krążących we krwi kwasów, które ustrój w ten sposób zobojętnić się stara. Z badania krwi i moczu wynika, że kwasem tym jest kwas mięsnomleczny, pojawiający się w tych sprawach, w których utlenianie jest w ustroju upośledzone. Przebywanie w atmosferze, zawierającej mało tlenu, zatrucie tlenkiem węgla lub kwasem pruskim, przyczem trujące te gazy, łącząc się z hemoglobiną, nie pozwalają jej łączyć się z tlenem, oto typowe przykłady stanów, w których wytwarzanie się, krążenie we krwi i wydzielanie się drogą moczu kwasu mięsnomlecznego jest skutkiem niedostatecznego utleniania się białka w ustroju. Kwas ten pojawia się jednak i w takich sprawach, w których zaburzeń w utlenianiu dopatrywać trudno, a które o tyle dla teoryi powstawania rzucawki mają znaczenie, że i w nich, jak i w rzucawce powstają kurcze mięśniowe; przykładem może tu być padaczka. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy istotnie zatrucie kwasem mięsnomlecznym jest przyczyną rzucawki; możnaby bowiem mniemać, że kurcze mięśniowe w przebiegu rzucawki, jak i w przebiegu padaczki, są pierwotnym powodem wytwarzania się w ustroju kwasu mięsnomlecznego. Ta jednak okoliczność, że krew naczyń pępkowych noworodka zawiera kilkakrotnie większą ilość kwasu mięsnomlecznego, aniżeli krew matki, stanowi według autora dowód, że kwas ten jest przyczyną, nie skutkiem choroby; gdyby bowiem rzecz miała się odwrotnie, musiałaby krew matki, jako dotkniętej bezpośrednio owymi mięśniowymi kurczami, zawierać więcej tego kwasu, aniżeli krew płodu.

Ze swych przypuszczeń wysnuwa autor pewne lecznicze wskazówki. Substancya, wywołująca chorobę, powstaje w ustroju dziecka i z niego dostaje się dopiero do matki: to też jaknajrychlejsze rozwiązanie matki jest pierwszem i najważniejszem wskazaniem. Drugiem wskazaniem jest upust krwi i następne jej rozcieńczenie fizyologicznym rozczynem soli; tym bowiem sposobem ustrój pozbywa się przynajmniej w części szkodliwej substancyi. Ponieważ kwas mięsnomleczny powstaje przy niedostatecznym przystępie tlenu, należy tlenu ustrojowi dostarczyć w postaci wziewań i wprowadzając go — jak to czyni autor — podskórnie. Powierzchownym wdechom, właściwym tej chorobie, a uniemożliwiającym skuteczność wziewań tlenu, należy przeciwdziałać zapomocą faradyzowania nerwów przeponowych. *Dr. M. Godlewski.*

Lockemann. **O sposobach wykrycia kwasu mięsnomlecznego we krwi, moczu i płynie mózgowordzeniowym kobiet, dotkniętych rzucawką.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 7). Omówiwszy sposoby chemiczne wykrycia kwasu mięsnomlecznego, podaje autor, że ilość kwasu mięsnomlecznego w naczyniach pępkowych może przenosić dziesięciokrotnie ilość jego, zawartą we krwi matki. Po przebytych napadach drgawek ilość ta bardzo się zwiększa; dotyczy to nietylko krwi, lecz także i moczu. Ze wszystkich cieczy ustroju może zawierać najwięcej tego kwasu płyn mózgowordzeniowy. Prócz tego kwasu znaleziono też w moczu w przypadkach rzucawki nieznane dotąd kryształy pryzmatyczne, których składu chemicznego ze względu na bardzo skąpą ilość nie zdołał autor oznaczyć. *Dr. M. Godlewski.*

Polano. **O zabezpieczeniu przed zakażeniem paciorkowcami przed porodem i operacyą, zapomocą czynnego uodporniania.** (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1906, T. LVI, Z. 3). Celem uniknięcia zakażenia postępnjemy przeciwgnilnie i bezgnilnie. Jednakże częstokroć postępowanie takie może być wręcz niemożliwe, bądźto z powodu położenia topograficznego lub histologicznej budowy danego narządu, bądź też przy sprawach z góry już zakaźnych. Cały narząd rodny nie nadaje się do wspomnianego postępowania ochronnego. Dlatego też tutaj musimy głównie o to się starać, by żywotność bakteryi ile możności osłabić, a przez to zmniejszać niebezpieczeństwo dla całego ustroju. Musimy więc wzmocnić sam ustrój, bądźto lekami lub starannem odżywieniem, bądźto przestrzeganiem odpowiedniej ciepłoty podczas operacyi itp. Prócz tego szukać należy innych sposobów zabezpieczenia się przed drobnoustrojami, z których najważniejszymi dla nas są paciorkowce. Bumm stosował już zapobiegawcze uodpornienie przed porodem lub operacyami raka

zapomocą wstrzykiwań surowicy Aronsona. W chorobach takich, jak cholera, dur, mór (dżuma) itp. stosują natomiast tak zwane uodpornianie czynne, to znaczy, iż nie wstrzykuje się surowicy bakteryobójczej, lecz same bakterye osłabione lub też zabite, zmuszając przez to ustrój do wytwarzania istot bakteryobójczych. Takie czynne uodpornianie stosował Bumm przeciwko paciorkowcom zapomocą osłabionych bakteryi, Landmann zapomocą żywych, autor natomiast zapomocą zabitych paciorkowców. Autor zaleca sposób następujący: Z żywych paciorkowców tworzy się szczepy masowe, następnie się je zabija, centryfuguje i dodaje się nieco karbolu. Do każdego wstrzyknięcia przygotowuje się odpowiednią zawiesinę w fizyologicznym rozczynie soli, którą wstrzykuje się śródmiąższowo np. w okolicę pośladków. Wstrzykiwać należy najmniej na dobę przed porodem lub operacyą. Dobrym można nazwać tylko taki sposób postępowania, który jest przedewszystkiem nieszkodliwy. Autor dla przekonania się o tem wstrzyknął sam sobie odpowiednią dawkę. Jako odczyn wystąpił jedynie nieznaczny ból w miejscu wstrzyknięcia, przytem lekkie podniesienie się ciepłoty ciała i liczby tętna. Wypróbowawszy na sobie, wstrzykiwał autor takie same dawki kobietom ciężarnym i przekonał się, iż na ciążę wstrzykiwania nie wpływają; również i u nieciężarnych żadnych szkodliwych skutków zauważyć nie można. Co do tego, czy szczepionka zapobiega istotnie zakażeniu, autor przez bardzo liczne doświadczenia na zwierzętach doszedł do przekonania, iż po wstrzyknięciu nie osiąga się bezwzględnej pewności, że zakażenie nie nastąpi, przekonał się natomiast, iż do zakażenia potrzeba wówczas ilości bakteryi, 4—5 razy większej od zwykłej dawki śmiertelnej. U ludzi warunki mogą nadto o tyle być lepsze, iż pierwotnie dostaje się do rany nieznaczna ilość bakteryi i jeżeli ustrój jest już zaszczepiony, to i niebezpieczeństwo zakażenia jest niewielkie. Co do trzeciego warunku dobroci sposobu, t. j. czy wyniki doświadczalne potwierdziło spostrzeganie kliniczne, to autor nie może wyrzec stanowczego zdania. Stosował on ten sposób zapobiegawczy u 60 chorych, operowanych później, z których żadna nie uległa zakażeniu. Lecz jest to liczba zbyt mała i potrzeba dalszych jeszcze spostrzeżeń statystycznych. Być może, że podobnie, jak przy tuberkulinie, będzie to miało i wartość rozpoznawczą, t. j. iż w razie obecności paciorkowców w ustroju odczyn po wstrzyknięciu będzie silniejszy, niż w innych przypadkach. Miałoby to ważne znaczenie przy guzach przydatków, bo wskazywałoby, czy leczyć je zachowawczo, czy też operować. *Dr. G. Wierzbicki.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. Stransky. **O skojarzonem drżeniu ocznem.** (*Assoziirter Nystagmus*). (*Neurologisches Centralblatt*, Nr. 1., 1906). Przez tę nazwę rozumie autor objaw, polegający na nader szybkich ruchach pionowych gałki ocznej, a stałem ustawieniu jej, skoro ostrożnie roztwieramy powieki, a chory przemocą zamykać je usiłuje. Nader rzadki ten objaw spotykał autor u osób, niedotkniętych zresztą poważniejszem cierpieniem nerwowem, a odnosi go do zmian w zakresie inerwacyi mięśni ocznych w przeciwieństwie do Bernheimera, który sądzi, że objaw ten polega na podrażnieniu nerwu trójdzielnego. *Schudmak.*

Couzen. **O zapaleniu nerwów arsenowem** (*Arsenikneuritis*). (*Neurol. Centr.*, Nr. 1, 1906). Autor opisuje rzadki przypadek zapalenia nerwów ze zmianami odżywczemi na obu rękach. Zmiany dotyczyły przeważnie skóry, oraz paznokci, a powstały u robotnicy, której zatrudnienie wymagało, by ręce w rozczynie arsenowym maczała. Już po 8 tygodniach wystąpiły pierwsze objawy choroby na dłoniach bez żadnych poprzedzających objawów nerwowych i bez zaburzeń trawienia. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego powodu, że zatrucie nastąpiło przez skórę zdrową w krótkim bardzo czasie, a zmiany odżywcze wystąpiły szczególnie w tych miejscach, które bezpośrednio z rozczynem arsenowym się stykały. *Schudmak.*

R. Hirschberg. **O nagłej śmierci u chorych na wiąd.** (*Neurol. Centr.*, Nr. 1, 1906). Spostrzeżenia Goldflama, iż wiądowi rdzenia towarzyszą w rzadkich przypadkach zmiany opuszkowe, które mogą wywołać nagłą śmierć, potwierdza autor opisem następującego przypadku. Tabetyk, u którego oprócz typowych objawów wiądu wystąpiły również przypady, do obrazu wiądu nie należące, jak przyśpieszona czynność serca i wytrzeszcz (*exophthalmos*), a zatem objawy opuszkowe, zmarł nagle. Nagłe to zejście tłómaczy H. zmianami kiłowemi naczyń ośrodka sercowego w opuszce rdzenia (*arteriitis obliterans*) i następowem rozmięknieniem w tej okolicy. *Schudmak.*

Prof. H. Schlesinger. **O nieopisanym dotąd objawie porażenia podniebienia.** (*Neurol. Centr.*, Nr. 2, 1906). W dwóch przypadkach porażenia podniebienia zauważył autor wybitną różnicę, występującą w zmienionej skutkiem porażenia mowie, jeśli pacyenci leżący — usiedli lub siedzący — kładli się, a mianowicie mowa stawała się wyraźniejszą i zrozumialszą w pozycyi leżącej, a czasami nawet i prawidłową, gdy natomiast siedzenie mowę upośledzało. Objaw ten, dotąd nieopisany, tłomaczy Schlesinger różnem biernem ustawieniem podniebienia miękkiego w różnych pozycyach ciała. W przytoczonych dwóch przypadkach rozpoznano w jednym stwardnienie rozsiane, w drugim kiłę mózgu i rdzenia. *Schudmak.*

Vozàbova. **Przyczynek do zbioru objawów Méniera.** (*Sbornik klin.*, Nr. 2, 1906). W dwóch przypadkach z kliniki Prof. Maixnera w Pradze chodziło o zbiór przypadków choroby Méniera w postaci udaru, towarzyszącej przewlekłemu cierpieniu uszu pod wpływem urazu, powtarzającego się przez czas długi. W trzecim przypadku znaleziono przy sekcyi wągra w czwartej komorze z towarzyszącem przewlekłem wodogłowiem wewnętrznem i ze zmianami opony miękkiej. Dwóch chorych leczono prądem galwanicznym o sile 2 mA., przepuszczanym w poprzek obu kości skalistych, zrazu codziennie, a potem raz na tydzień. Przy tem leczeniu zawroty znikały, lecz osłabienie słuchu i szum w uszach pozostały. Według autorki zbiór przypadów, złożony z osłabienia słuchu, zawrotów, szumu w uszach, nudności i wymiotów mylnie nazywają chorobą Méniera, ta bowiem jest skutkiem zmian błędnika i należy ją odróżnić od przypadów, wynikłych z zajęcia nerwu słuchowego i ośrodków nerwówych. Odróżnienie to sprawia znaczne trudności. Także utrata, choćby chwilowa, przytomności, przyłączająca się do przypadów Méniera, utrudnia odróżnienie od zamroczenia padaczkowego (*petit mal*), a trudność ta jest tem większa, jeśli zawroty towarzyszą uszkodzeniom ucha. *Dr. M. Blassberg.*

Ch. Féré. **Jąkanie się padaczkowe.** (*Revue de med.*, Nr. 2, 1905). Częstokroć łączy się padaczka z jąkaniem się w ten sposób, iż trzeba uważać zarówno jedno, jak i drugie cierpienie za zjawiska współrzędne, będące oba wyrazem zwyrodnienia nerwowego. Istnieją jednak przypadki, w których jąkanie się pojawia się bądź to jako zwiastun (*aura*) napadu padaczkowego, bądź też jako jego równoważnik. To też zdarzają się przypadki, w których chory cierpi latami na napady krótsze lub dłuższe jąkania się, później zaś dostaje typowych napadów padaczkowych. I odwrotnie częstokroć w miarę słabnięcia i coraz rzadszego pojawiania się wielkich padaczkowych napadów pod wpływem leczenia, zaczynają się pojawiać napady jąkania się. Rozpoznawszy w pierwszym przypadku jąkanie się jako zmarniałe napady padaczkowe, można przez odpowiednie leczenie uchronić chorego od dużych napadów; w drugim przypadku mimo braku klasycznych napadów, wobec istnienia równoważników w postaci jąkania się, niewolno leczenia przerywać pod grozą powrotu pierwotnej ciężkiej postaci napadów. Autor, któremu zawdzięczamy klasyczną monografię o padaczce, podaje trzy historye chorych, objaśniające spostrzeżenia powyższe i stwierdzające ich słuszność. *Rydel.*

Hauzel. **O upuście krwi w padaczce.** (*Presse medic.*, Nr. 9, 1906). Autor opisuje dwa ciężkie przypadki padaczki, gdzie przy ustawicznie ponawiających się napadach i stanie ogólnym bardzo groźnym, upust 300—400 ccm. krwi sprowadził szybką poprawę, wobec czego autor radzi w podobnych przypadkach próbować tego sposobu leczenia. Korzystnie w padaczce wpływa też według autora podawanie środków przeczyszczających (kolomel z santoniną), nadto ciepłe, suche i słoneczne powietrze, co w związku z dobrym wynikiem upustu krwi przemawia zdaniem autora za toksyczną etyologią padaczki. *Mostowski.*

HIGIENA. Galli-Valerio. **Siatki druciane w drzwiach i oknach ze stanowiska higieny i zapobiegania.** (*Therap. Monatsh.* 1906, Nr. 1). Odkrycie roli komarów, moskitów i t. p. w przenoszeniu niektórych chorób powinnoby skłonić do używania siatek drucianych w drzwiach i oknach, i to nietylko w okolicach dotkniętych zimnicą, żółtą gorączką i *filariasis*, lecz także i tam, gdzie muchy i bąki, chociaż nie są przenośnikami chorób, jednak w życiu codziennem stają się plagą, kłując, wpadając do pokarmów i t. d. Autor podaje różne sposoby urządzenia takich siatek. *Dr. Flis.*

Kaiser. **Znaczenie obecności prątka okrężnicy w wodzie studziennej.** (*Arch. f. Hygiene.* T. 52, Str. 121). Sprawa znaczenia obecności prątka okrężnicy w wodzie studziennej mimo rozlicznych w tym kierunku prac nie jest dotychczas roztrzygnięta. Jedni, przyjmując ogólne rozsianie tego mikroba w otoczeniu ludzkiem, odmawiają obecności jego w wodzie wszelkiego znaczenia, drudzy zaś uważają obecność tę, zwłaszcza w ilościach większych, za dowód zanieczyszczenia wody kałem. W badaniach, zmierzających do rozstrzygnięcia tej sprawy, posługiwał się K. metodą zagęszczania prątka okrężnicowego zapomocą hodowli wstępnej w 3 prc. naparze z siana. K. stwierdził prątki okrężnicy i gatunki, należące ściśle do tej grupy, w wodach studziennych, zawierających przeszło 200 ba-

których w 1 cm³ wody w 90,9 prc., przy ilości bakteryi, przekraczającej 50 na 1 cm³. w 66,6 prc. — przy ilości poniżej 50 na 1 cm³. w 26,9 prc. Zdaniem K. błędnem jest zdanie o ogólnem rozpowszechnieniu prątka okrężnicy i jemu ściśle pokrewnych w wodach studziennych, natomiast z wielkiem prawdopodobieństwem można uznać ten prątek za dowód zanieczyszczenia wody kałem. *L. Bier.*

Fehrs. **Wpływ pierwotniaków zawartych w wodzie na żywotność bakteryi chorobowych.** (*Hyg. Rundschau.* 1906, Nr. 3). W roku 1904 zwrócił był Emmerich uwagę na szybkie znikanie bakteryi chorobowych z wody studziennej, sztucznie niemi zakażonej, a zawierającej liczne pierwotniaki, przypisując mu bardzo wielkie znaczenie w epidemiologii chorób przenośnych drogą wody. Obstając stale przy dawnej teoryi lokalistycznej Pettenkoffera uważał E. swoje spostrzeżenie za dalszy dowód słuszności tej teoryi. Fehrs przyznaje na podstawie doświadczeń z wodami wodociągowemi i studziennemi z Getyngi, że zarazki duru brzusznego i cholery pod wpływem obecności wiciowców (flagellata) z wód tych znikały, jednak znacznie wolniej, niż zauważył to E. w wodzie wodociągowej i studziennej w Monachium i w wodzie rzeki Ruhr. F. zbija też za daleko idące jego wnioski epidemiologiczne. Doświadczalnie dowodzi F., że obok pierwotniaków wpływa na znikanie bakteryi chorobowych z wody również jej skład chemiczny. *L. Bier.*

Prof. Fischer. **O zapobieganiu szerzeniu się błonicy** — (z okazyi spostrzeżeń, poczynionych w czasie epidemii, której źródłem była automatyczna restauracya). (*Münch. med. Woch.*, 1906, Nr. 6 i 7). Autor obszernie wywodzi, że skutecznie będzie można zapobiegać szerzeniu się błonicy tylko wtedy, jeżeli lekarze będą badać bakteryologicznie wszelkie, chociażby nie odpowiadające klinicznemu typowi błonicy, ale podejrzane przypadki i jeżeli przepisy sanitarne co do błonicy zostaną zasadniczo zmienione. Wiadomo bowiem, że prątki Löfflera mogą czasem wywoływać napozór niewinne zapalenie gardła nieżytowe lub pryszczykowe, a nawet zwykły nieżyt nosa; właściwa przyroda tych spraw bez badania bakteryologicznego rozpoznaną być nie może, a chorzy tacy stają się oczywiście rozsadnikami błonicy, podobnie jak i ozdrowieńcy, u których prątki Löfflera po przebyciu choroby mogą żyć jeszcze długo na błonach śluzowych, oraz osoby zdrowe z otoczenia chorych. Należy przeto osoby z otoczenia chorych i ozdrowieńców tak długo odosobnić i zastosować inne środki zapobiegawcze, póki kilkakrotne badanie bakteryologiczne nie dowiedzie, że osoby te dla innych przestały być niebezpieczne. Autor zwalcza jednak twierdzenie Behringa, jakoby prątki błonicze znajdowały się wszędzie; Behring błędnie brał za nie prątki rzekomobłonicze, bardzo podobne i pokrewne, ale nieszkodliwe. — Autor stwierdził, że źródłem jednej epidemii była automatyczna restauracya, u której całego licznego personalu, zresztą zupełnie zdrowego, były prątki błonicze. Stąd szerzyło się zakażenie, które nawet 2 osoby, zakaziwszy się z tego źródła, życiem pomimo leczenia surowicą przypłaciły.

Dr. M. Godlewski.

N. P. Schierbeck. **Skład chemiczny kału przy rozmaitym pokarmie.** (*Arch. f. Hyg.* 1904, T. 51). W jednej ze swoich prac nad wyzyskaniem pokarmu zwrócił był Prausnitz uwagę na to, że z rzadkimi wyjątkami azot w kale — obliczony w odsetkach suchego kału — pojawia się u tego samego osobnika w ilości prawie jednakowej, niezależnie od rozmaitej ilości azotu w spożytym pokarmie oraz zdolności do jego wyzyskania; zaznaczył nadto P., że ilość azotu w wysuszonym kale u rozmaitych osób jest mimo najrozmaitszych warunków żywienia się prawie stała. Schierbeck podaje wyniki licznych własnych doświadczeń nad wyzyskaniem pokarmu. W odpowiednio wysuszonym i przyrządzonym kale osób, żywionych rozmaitymi gatunkami duńskiego chleba bez dodatku i z dodatkiem innych pokarmów, oznaczano suchą substancyę, wyciąg eterowy, azot, popiół, drzewnik, azot białkowy według Stutzera i pentozany. Z doświadczeń tych wynika w przeciwieństwie do doświadczeń poprzednich, że całkowita ilość azotu w kale przy pokarmie mieszanym nie jest jednakowa u rozmaitych osób, nie wynosi stale około 6 prc. (suchej pozostałości), lecz może nieraz spadać poniżej tej ilości. Tak pokarm, złożony wyłącznie z razowego chleba żytniego, jak i pokarm, który według ogólnie przyjętego przekonania łatwo ulega wessaniu, nie dadzą u wszystkich osób kału, w przypadku pierwszym zawierającego więcej, w przypadku drugim mało azotu: kał ten może w obu przypadkach zawierać taką samą ilość azotu, jak przy pokarmie mieszanym. Z doświadczeń S. wynika nadto, że istnieją ludzie, u których niezależnie od spożytego pokarmu posiada kał ten sam skład; — różnice składu odnoszą się do wyciągu eterowego i soli oraz drzewnika i pentozan, z których pierwsze przy pokarmie złożonym n. p. z chleba razowego są w ilości mniejszej, zaś drugie w ilości większej, niż przy innym pokarmie. Doświadczenia Sch. stwierdzają ponownie, że na skład kału wybitny wpływ wywierają wydzieliny przewodu pokarmowego, dowodzą jednak nadto, że nie jest dostatecznie wyjaśnionym wpływ rodzaju pokarmu na skład kału. *L. Bier.*

Beythien. **Bezwodnik siarkawy, jako środek konserwujący; obecny stan oceny siarkowania suszonych owoców.** (*Zeitschrift für Unters. d. Nahr. und Genussmittel*, 1904, str. 36). Omówiwszy pytanie, o ile można używać kwasu siarkawego do konserwowania wina, chmielu, piwa i mięsa, główną część pracy swej poświęca B. sprawie używania tego kwasu przy sporządzaniu konserw z owoców i jarzyn, oraz krytyce zapatrywań lipskiego higienisty Hoffmanna. Artykuł swój kończy B. następującymi wnioskami: 1) Siarkowanie owoców suszonych ze względu na otrzymywanie trwałego przetworu nie wydaje się koniecznem; w pierwszym rzędzie służy siarkowanie do nadania przetworowi pozoru lepszej jakości lub też do zachowania tego pozoru w towarze starszym, uważać je przeto należy w myśl ustawy o środkach spożywczych za zafałszowanie. 2) Ustęp zasad, przyjętych w Niemczech i Szwajcaryi dla oceny środków spożywczych, zaznaczający potrzebę kwestyonowania kwasu siarkawego jako środka konserwującego, ma znaczenie i co do owoców suszonych. 3) Tworzenie się połączenia kwasu siarkawego z cukrem, obejmujące prawie całą ilość kwasu w suszonych owocach, nie może być podstawą do oceny fizyologicznego jego wpływu. Wpływ ten należy doświadczalnie określić z uwagi na to, że w wodnym wyciągu z owoców suszonych spotyka się obficie wolny kwas siarkawy, nadto z uwagi na łatwą dyssocyacyę organicznych połączeń kwasu siarkawego. 4) Z uwagi na stale wzrastające zużycie i znaczenie owoców siarkowanych przy żywieniu szerszych warstw ludności należy podjąć badania, czy takie owoce są szkodliwe dla zdrowia, a stosownie do wyników tych badań zająć należy odpowiednie stanowisko. (Zobacz sprawozdanie z pracy Kerpa. *Przyp. spr.*). *L. Bier.*

Kerp. **Zachowanie się kwasu siarkawego w środkach spożywczych.** (*Zeitsch. f. Unters. d. Nahrungs- u. Genussmittel*, 1904, Tom 8, str. 53). Publikacya niniejsza jest streszczeniem prac, wykonanych przez K. Schmidta, Resta i innych współpracowników w niemieckim urzędzie zdrowia. Wynika z niej, że hydrolityczna dyssocyacya bezwodnika siarkawego z połączeń jego organicznych (z aldehydami i cukrami, acetonem), jakie tworzą się w siarkowanych środkach spożywczych, jest wogóle bardzo znaczna, chociaż dość różnego stopnia. Z doświadczeń farmakologicznych z tymi związkami wynika, że nie działają one w szczególny sposób na ustrój zwierzęcy, a wynik działania tego leży w prostym stosunku do odszczepianego kwasu siarkawego. Stopień trującego działania tych związków organicznych kwasu siarkawego należy przeto oceniać według ilości wolnego kwasu siarkawego w ich rozczynie wodnym, określonej metodą jodową. Nie jest przeto obojętne, w których środkach spożywczych spożywa się kwas siarkawy — w moszczu i owocach należy wobec połączenia jego z cukrami inaczej oceniać jego działanie farmakologiczne, niż w winie, w którem związany jest z aldehydem octowym. *L. Bier.*

Beythien. **Bakterye żelaziste w wodzie wodociągowej.** (*Zeitschr. f. Unters. d. Nahr. u. Genussmittel*, 1905, Tom IX, str. 529). B. opisuje przypadek silnego żelazistego mętnienia wody źródlanej, użytej do wodociągu w pewnem mieście saskiem, a niezawierającej ani żelaza, ani manganu, natomiast wiele bezwodnika węglowego. Męt żelazisty nie miał barwy mętów, powstających pod wpływem *crenothrix*, lecz był jasno-różowy, — nie pojawiał się w źródle, ani w zbiorniku, lecz w wodzie wypływającej z rur żelaznych, powstawał w nich przeto pod wpływem bezwodnika węglowego mimo asfaltowania; w składzie mętu ilościowo wybitnie przeważało żelazo (około 9‰, obliczane na Fe_2O_3). Mikroskopowo był osad złożony z nitek, podobnych do *crenothrix polyspora*; stwierdzono jednak, że nitki te stanowi *gallionella* (*chlamydothrix*) *ferruginea*. Rdzewienie żelaza w wodzie nie jest przeto sprawą czysto chemiczną, lecz wywołuje je albo ułatwia rozwój *gallionelli*.

L. Bier.

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Zgęszczoną surowicą przeciwbłoniczą nazwał Gibson przetwór, który uzyskał przez wydzielenie z surowicy przeciwbłoniczej globulin, właściwego jej skutecznego składnika, zapomocą strącania siarkanem amonowym i dyalizy. Przy tem postępowaniu traci się wprawdzie około $^1/_5$ ogólnej sumy jednostek uodp., zawartych w danej ilości surowicy, ale pozostająca ich ilość mieści się w 2 do 3-krotnie mniejszej ilości płynu, niż przedtem. Surowica zgęszczona jest równie płynna, jak zwykła; można z niej przez wysuszenie

uzyskać przetwór stały, łatwo rozpuszczalny. Próby stosowania surowicy Gibsona w kilkuset przypadkach w szpitalach nowojorskich wypadły pomyślnie; osutki posurowicze są rzadsze, niż po zwykłej surowicy (*Sem. méd.*, 1906, 8). *C.*

Sanatogen służył Gumpertowi do szeregu doświadczeń na ludziach, z których wynika, że ulega on w ustroju doszczętnemu wessaniu, że bierze udział w wymianie materyi, a podany w dawce przewyższającej potrzebę ustroju sprowadza znaczne wzmożenie się istot białkowatych. Sanatogen ułatwia również wessanie i zużytkowanie organicznego fosforu. *Ms.*

Rwę kulszową leczył ze skutkiem Duńczyk Pers u 2 chorych drogą krwawą przez proste obnażenie nerwu (bez naciągania). (*Sem. méd.*, 1906, 8). *C.*

G. Finder. **O alypinie w praktyce laryngologicznej.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1906, Nr. 5). Finder zaleca alypinę jako środek znieczulający przy zabiegach operacyjnych w leczeniu chorób nosa i krtani. Używa w tym celu roztworów 20 prc. do pędzlowania, a do wstrzykiwań głębszych do tkanki podśluzowej roztworu 1 prc. z dodatkiem adrenaliny. W ten sposób można zupełnie znieczulić błonę śluzową na 6—10 minut, w którym to czasie nawet większe zabiegi w krtani i w nosie łatwo bez wszelkich ubocznych objawów, towarzyszących kokainie, wykonać można, n. p. resekcyę przegrody nosowej według Killiana. Alypina jest więc środkiem, który może zastąpić kokainę. *E.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 7 lutego 1906.

Przewodniczy: Kol. Doc. Rutkowski. Obecnych członków 31.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Do komisyi przemysłowo-lekarskiej zostali dobrani następujący kol.: prof. Jakubowski, prof. Reis. prof. Kader, doc. Lemberger, doc. Droba, Bier i Buzdygan.

III. W miejsce kol. Landaua, który zrezygnował z godności bibliotekarza, wybrano kol. doc. Drobę.

IV. Prof. Jaworski przedstawia chorą, lat 18 liczącą, u której badanie przedmiotowe wykazuje brzuch wzdęty, wypełniony masą twardą, guzowatą, nierówną, niebolesną, nieprzesuwalną, sięgającą od mostka do spojenia łonowego; macica, badana przez odbytnicę, jest z guzem tym złączona; płynu w jamie brzusznej wykryć nie można. U chorej raz jeden w dniu przyjęcia stwierdzono 39°, później stan prawie bezgorączkowy. Rozpoznano po wyłączeniu wszelkich możliwości *Peritonitis fibrosa tuberculosa*.

V. Kol. Bier wygłasza rzecz **O zafałszowaniu przypraw korzennych.** Wykład był objaśniony próbkami, okazami odpowiednich przetworów i preparatami mikroskopowymi, a ma być w całości ogłoszony drukiem.

VI. Kol. Bogdanik mówi **O kreolinie w chirurgii.** Na podstawie doświadczenia kilkunastoletniego podniósł prelegent zalety kreoliny, wyróżniającej się korzystnie w całym szeregu środków przeciwgnilnych. Prelegent stosuje ją w rozmaitych zanieczyszczonych i zakażonych przypadkach, jako to: wąglik, róża, ropowica, zapalenie sutka, wrzód goleni, zmiażdżenie i t. d. z tak dobrym wynikiem, jakiego nie miał przy stosowaniu innych przetworów. Zaletą środka tego jest taniość, nader małe własności trujące, zwłaszcza, że się używa półprocentowych roztworów, nadto zobojętnianie cuchnienia, jakie rany gnilne rozszerzają. Wyjątkowo tylko zdarza się, że chorzy środka tego nie znoszą, a wtedy zastąpić go trzeba innymi.

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Wachholz, nadmieniając, że już 1888 roku stosował na klinice krakowskiej prof. Rydygier kreolinę, którą jednakże po półrocznej próbie zupełnie zarzucił. Do odkażenia rąk po sekcyi zwłok kreolina się nie nadaje z powodu wstrętnej swej woni i łatwego wywoływania wyprysku; nieodpowiedniem jest również używanie kreoliny do okładów, gdyż łatwo sprowadza przeczosy, z których, jak jeden ostatnimi czasy rozpatrywany sądownie przypadek pouczył — wyniknąć może zakażenie septyczne i zejście śmiertelne.

Kol. prof. Rosner zwraca uwagę, że korzystne wyniki, o jakich prelegent wspomniał co do leczenia zapalenia sutka, w pierwszym rzędzie przypisaćby należało zaniechaniu czynności karmienia, co zdaje się być bez porównania ważniejszym czynnikiem, aniżeli wszelkie zewnętrzne okłady.

Interpelując kol. prof. Wachholza zabiera głos kol. Hirsch, w końcu prelegent prym. Bogdanik, odpowiadając na czynione kreolinie zarzuty, przytacza cały szereg przypadków, spostrzeganych łącznie z innymi kolegami, w których z działania kreoliny był zadowolony. Sekretarz: *Wilczyński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

I. Posiedzenie dnia 9 lutego b. r.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. prof. Łukasiewicz przedstawił szereg przypadków z lwowskiej kliniki chorób skórnych i wenerycznych:

1) 2 chorych, przedstawionych w Towarzystwie po raz pierwszy przed 2 laty, z **xeroderma pigmentosum.** (Kaposi). U obydwu stwierdza się postęp sprawy chorobowej, co widać z ognisk zanikowych skóry, pigmentacyi, rozszerzeń naczyniowych (*teleangiectasiae*); u jednego z chorych objawia się skłonność do bujania tkanek (brodawczak w kącie powiekowym). Podnieść należy, że rodzeństwo chorych (5 sióstr i brat) cieszy się zupełnem zdrowiem. Znane są jednak przypadki, w których jedenaścioro rodzeństwa dotkniętych było tem samem cierpieniem.

2) Chory z **tuberculosis verrucosa cutis.** Rzecz godna uwagi w tym przypadku o tyle, że cierpienie wystąpiło nietylko na ręce, ale i na szyi i to u rolnika, co należy do rzadkości.

3) Chora, 26-letnia, która przebyła przed 4 laty zakażenie kiłowe, poczem zniosła bardzo dobrze 70 wcierań (najpierw 30, powtórnie 40). Kiedy wszakże z końcem ubiegłego lata, jako ambulantka szpitalna, poddała się 20 ponownym wcieraniom, wystąpiły objawy **zatrucia rtęcią** pod postacią ciężkiego *erythema toxicum*. Chora zgłosiła się do kliniki, mając całe powłoki zewnętrzne zajęte ciastowatym obrzękiem, połączonym z zaczerwienieniem, jakoteż ubytkami naskórka. Siły nadzwyczaj podupadłe, stan podgorączkowy, tętno przyspieszone, czynność serca osłabiona. W moczu ślad białka[1]). W zakresie przewodu pokarmowego nie było objawów nieprawidłowych. Zimne okłady z gazy, umaczanej w płynie Burowa, stosowane na całe ciało, zmieniane często, zdołały dopiero po 2 miesiącach zmniejszyć objawy, które ostatecznie ustąpiły. Utrzymało się jedynie ziemiste zabarwienie skóry, zwyczajna pozostałość po długotrwałych dermatozach, połączonych z zastojem. Podnieść należy, że u chorej, która niegdyś tak dobrze zniosła 70 wcierań, wytworzyła się obecnie taka wrażliwość na wszelakie przetwory rtęciowe, że w czasie dalszego pobytu w klinice ponawiały się podobne do poprzednich obrzęki, n. p. już po zastosowaniu (z powodu cierpienia oka) odrobiny maści precypitatowej żółtej $\frac{1}{4}$%, albo wskutek pozostawania chorej w jednej sali z inną, której wykonano jedno wcieranie rtęciowe, albo wreszcie po krótkim pobycie w łazience, gdzie kąpią się chore po takich wcieraniach. Prelegent przestrzega w końcu przed stosowaniem wcierań (podobnie jak to się zdarzyło w tym przypadku) bez odpowiedniego nadzoru lekarskiego.

III. Kol. Michał Świątkiewicz przedstawia przypadek **tocznia** (*lupus*) **leczonego** w Wiedniu **światłem finsenowskiem** przez 15 miesięcy. Jak w dyskusyi zauważył następnie kol. prof. Łukasiewicz, wynik tak długiego leczenia jest stosunkowo zbyt mały. Zapomocą zwykłego opatrunku uciskowego z plastra salicylowego można było bodaj czy nie więcej uzyskać. Co do rentgenowania, również polecanego poprzednio przeciw toczniowi, jest zdania, że do żadnego celu ono nie prowadzi, co też obecnie należy uważać za rzecz przyjętą.

Kol. Obtułowicz widział korzystny wynik stosowania plastra rtęciowego przeciw rozległym zmianom toczniowym na kolanie.

Kol. Blumenfeld podnosi ujemne strony metody finsenowskiej, a to długość czasu, potrzebnego do jej przeprowadzenia (2 i 3 lata) i jej kosztowność. W przypadkach zaś jak przedstawiony, gdzie rozwinęło się już stwardnienie tkanki podskórnej, wyniku pożądanego spodziewać się nie można.

IV. Kol. Czarnik przedstawił 2 chłopców (braci), dotkniętych **wrzekomym przerostem mięśni** (*pseudohypertrophia musculorum familiaris*).

[1]) W moczu innej chorej, obserwowanej w klinice w roku zeszłym, u której stan podobny zakończył się śmiercią, znaleziono leucynę.

V. Kol. Starzewski wygłosił odczyt **O zakażeniu ciążowem**. Na podstawie szczegółowego rozbioru klinicznych objawów ciąży dochodzi prelegent do wniosku, że podobnie jak drobnoustroje, lub niektóre pasorzyty, wywołuje jaje płodowe zakażenie ustroju ciężarnej, nazwane przez prelegenta »zakażeniem ciążowem«. Jeżeli »zakażenie ciążowe« przebiega dla ciężarnej nieszkodliwie, wówczas nazywa się »ciążą fizyologiczną«, w przeciwnym razie »ciążą patologiczną«. Κατ' ἐξοχήν patologiczną postać zakażenia ciążowego stanowi rzucawka, mianowicie jej okres zwiastunowy. Tak jak przeciw innym zakażeniom, broni się ustrój ciężarnej przeciw zakażeniu ciążowemu początkowo przez usuwanie szkodliwych składników wydaliny jaja płodowego drogą narządów wydalniczych (skóra, płuca, przewód pokarmowy, nerki i t.), później, od końca pierwszej połowy ciąży, także przez wytworzenie odporności. Prócz szkodliwych, zawiera wydalina jaja płodowego także składniki, wpływające na ustrój ciężarnej korzystnie, mianowicie podnoszące energię życiową tkanek i pobudzające tkanki niezupełnie jeszcze rozwinięte do szybkiego rozwoju. Tej właściwości działania wydaliny jaja płodowego będzie można użyć, zdaniem prelegenta, jako środka leczniczego u osób nieciężarnych w różnych stanach chorobowych, polegających na niedorozwoju całego ustroju, lub jego części. W końcu podaje prelegent zasady, jakich trzymać się należy przy leczeniu zakażenia ciążowego.

Druga część pracy ma obejmować wyniki jeszcze nie ukończonych badań doświadczalnych.

Dyskusya.

Kol. Skałkowski nie mówiłby o »zakażeniu« ciążowem, ale raczej o »zatruciu«. Zakażeniem nazywamy sprawę zakaźną, o czem w ciąży nie powinno być mowy. Nawiązując do zapatrywania prelegenta, że pewne wydzieliny płodu powodują szybki rozwój ustroju ciężarnej, zapytuje, jak wytłómaczyć fakt, że po ślubie rozwijają się częstokroć dziewczęta wątłe, nie zachodząc wcale w ciążę.

Kol. prof. Beck jest również zdania, że nie można tu mówić o »zakażeniu«, ale raczej chyba o »zatruciu«. Płód nie jest drobnoustrojem. Możnaby się tu dopatrzeć pewnego podobieństwa ze sprawą samozatrucia (*autointoxicatio*), występującą pod wpływem wytworów wymiany materyi. Ale jest pytaniem, czy nagromadzenie się pewnych ciał, będących wytworem sprawy fizyologicznej, możemy wogóle nazwać »zatruciem«. Przy t. zw. »wewnętrznem wydzielaniu« powstają substancye, które aczkolwiek są truciznami, stają się ustrojowi do pewnego stopnia potrzebne, jak n. p. wydzielina nadnerczy, gruczołu tarczowego. Także n. p. CO_2, będąc trucizną, stał się ustrojowi wprost potrzebnym. T. zw. »choroba górska« jest według badań Mosso'a następstwem braku CO_2, który przy nizkiem ciśnieniu atmosferycznem (w górach) zbyt szybko z krwi się uwalnia. Następuje przyzwyczajenie się, czy też rodzaj uodpornienia, ustrój ostatecznie nie może się obejść bez ciał, które byliśmy nazwali »truciznami«.

Kol. prof. Mars sądzi, że dzisiejszy wykład nie stanowi jeszcze przedmiotu do dyskusyi, bo jest nieskończony, jak zaznaczył sam prelegent. W temacie rozmiarów nieobjętych, zarysował on pewien kierunek. Pewne fakty, które się powtarzają u ciężarnych, pragnął połączyć w jeden łańcuch na poparcie pewnego, jednostronnego poglądu. Uważając jaje płodowe wraz z jego wydzielinami za pewien czynnik, nie uwzględnił jednak jednej rzeczy: że ten płód może się znajdować w różnych warunkach i że stosownie do tego wpływ jego wydzielania byłby różny. Nie należy też zapominać, że w czasie ciąży same narządy kobiety mogą wydzielać pewne substancye. Wiemy n. p. o wpływie jajnika na cały ustrój (objawy obytku po wycięciu jajnika).

Kol. doc. Kučera zwraca uwagę, że zdaniem prelegenta płód, otrzymujący materyał odżywczy z krwią matki, oddaje wytwory rozpadowe znowu do krwi matki. Zdaje się przecież, że przeważna część tych wytworów odchodzi przez nerki płodu, a gromadzi się w wodzie płodowej, jakoteż w smołce. Do krwi matki dostaje się chyba część tylko.

Kol. prof. Kadyi odniósł wrażenie, że ideą prelegenta było ujęcie w jedną całość mnóstwa szczegółowych, rozrzuconych badań. Nie widzi nawet potrzeby wykonania doświadczeń. Ta praca już jest zastosowaniem danych, mozolnie zbieranych latami przez falangę badaczy, do wytłómaczenia pewnych faktów. »Stwierdzam, że jestto jedna z prac najpiękniejszych, jakie w Towarzystwie wygłoszono. Główne wytyczne teoryi, przedstawionej przez prelegenta, pozostaną trwałym nabytkiem dla nauki«.

Kol. prof. Beck zgadza się wprawdzie z kol. Kučerą, że pewne wydaliny płodu zbierają sią w wodach płodowych, ale sądzi, że następnie ulegają wessaniu do ustroju matki, gdyż inaczej płód musiałby się w ciągu ciąży zatruć własnymi wytworami.

Kol. Starzewski broni obranej przez siebie nazwy. Nazwę »zatrucie ciążowe« uważa za nieodpowiadającą istocie rzeczy. Tak samo bowiem, jak nie nazywamy duru zatruciem durowem, ani zimnicy zatruciem zimniczem, lecz mówimy o zakażeniu, tak samo nie możemy nazwać ciąży zatruciem ciążowem. Wedle zasad patologii zatrucie (*intoxicatio*) jest skutkiem szkodliwego zadziałania na ustrój żyjący jakiegoś ciała chemicznego. Nie ulega więc wątpliwości, że każde zakażenie jest wprawdzie w pewnym zakresie równocześnie także zatruciem, ale nigdy na odwrót. Wielkość jaja płodowego w porównaniu do drobnych wymiarów przeważnej części drobnoustrojów i pasorzytów, wywołujących zakażenia różnego rodzaju, nie odgrywa żadnej roli przy określaniu ciąży jako zakażenia. Różnica między zakażeniem ciążowem, a każdem innem zakażeniem tkwi jedynie w tem, że wszystkie inne zakażenia są zawsze sprawą patologiczną, zakażenie ciążowe tylko niekiedy. I to właśnie stanowi powód, dlaczego nazwa »zakażenie ciążowe« nas do pewnego stopnia razi. Gdyby się okazało, że nazwa »zakażenie« w istocie nie odpowiada rzeczy i da się inną zastąpić, z chęcią ją zmieni. Odpowiadając kol. Skałkowskiemu na pytanie, dlaczego dziewczęta wyszedłszy za mąż rozwijają się, pomimo, że nie zachodzą w ciążę, przypuszcza, że czynnikiem, wywołującym ten objaw, jest poprostu zmiana warunków życia. Nie można wszakże tego mięszać z rozrostem tkanek, właściwym dla ciąży, zdaniem prelegenta niezmiernie znamiennym. Prelegent przyznaje, że jajnik, jak wspomniał prof. Mars, ważną spełnia czynność wydzielniczą, której brak wywołuje pewne objawy. Nie mówi o niej wszakże w swej pracy wyczerpująco, bo, jak sądzi, sprawa ta łączy się ze sprawą zakażenia ciążowego tylko pośrednio i wychodzi poza ramy obranego tematu, gdyż jajniki nie funkcyonują także w połogu i w czasie laktacyi. W odpowiedzi doc. Kucerze miałby prócz tego, co powiedział prof. Beck, dodać uwagę, że n. p. w pierwszych okresach ciąży poszczególne narządy wydzielnicze płodu są wogóle jeszcze niezupełnie wykształcone. »Mój dowód w dzisiejszym wykładzie, – kończy autor, — oparłem przedewszystkiem na doświadczeniu klinicznem, a w ciągu 3-letniego spostrzegania nie znalazłem ani jednego faktu, któryby wyłuszczonemu tokowi myśli się sprzeciwiał«. Sekretarz: *W. Ziembicki.*

Stulecie wileńskiego Towarzystwa lekarskiego.

Dziwny zbieg okoliczności dozwolił na ziemiach polskich głośno podnieść hasło zrzeszania się do pracy społeczno-lekarskiej i do szerszej zbiorowej działalności naukowo-lekarskiej w tym właśnie roku, gdy okrągły wiek upłynął od związania się lekarzy polskich w pierwsze na tych ziemiach Towarzystwo lekarskie. Jakby zapowiedź lepszej przyszłości, wskrzeszenia dawnej świetności, zabrzmiały po raz pierwszy od lat 40 znowu słowa polskie w tem Towarzystwie, które wśród wszystkich naszych najstarsze i najzasłużeńsze, w historyi swej ma najświetniejsze bodaj karty, które wśród bezsprzecznie najtrudniejszych warunków nie opuściło nigdy rąk bezczynnie, umiało przetrwać czasy najgorsze i które stąd ma słuszne prawo do tego, by jego święto było wielkiem świętem wszystkich polskich lekarzy. Gdy jednak po krótkiej chwili pogodniejszej nowe gromadzą się zewsząd chmury, niepodobna było urządzić uroczystego obchodu setnej rocznicy samego założenia Towarzystwa i odłożono go do pomyślniejszej chwili. Obecnie nie wydaje się ona blizką i dlatego godzi się już teraz choć krótkiem wspomnieniem uczcić ukończony wiek niezmordowanej pracy, wiek wielkiej zasługi.

Towarzystwo lekarskie wileńskie zostało założone w grudniu 1805 przez znakomitego Józefa Franka, który niedługo przedtem przeniósł się był na wezwanie ówczesnego rektora Uniwersytetu wileńskiego, Strojnowskiego, z Wiednia na katedrę medycyny praktycznej do Wilna. Myśl Franka poparli gorąco najświatlejsi przedstawiciele Uniwersytetu wileńskiego i wileńskich kół lekarskich, którzy w liczbie 15 zebrali się celem zawiązania Towarzystwa 24 grudnia 1805. Oto ich nazwiska: profesorowie uniwersytetu Jędrzej Sniadecki, Becu, Lobenwein, Matuszewicz, Spitznagel, Wolfgang: doktorowie: Enholm, Heiman, Giboszyc, Szlegel, Szymkiewicz, oraz aptekarze Wagner i Gutt. Pierwszym prezesem obrano Jędrzeja Sniadeckiego, a Józef Frank objął obowiązki sekretarza. Po zatwierdzeniu ustawy Towarzystwa ukazem z dnia 26 maja 1806, odbyło się uroczyste otwarcie Towarzystwa

w bibliotece uniwersytetu 12 grudnia 1806, przy którem przemawiali: Jędrzej Sniadecki: »O pożytkach, jakie powszechność z zaprowadzeń Towarzystw lekarskich odnieść może«, Lobenwein: »O przesądach, panujących względem zaszczepienia wakcyny«, i Józef Frank (po francusku): »O zakładach naukowych wileńskich«. Łączność z uniwersytetem, rozgłośne, w całej Europie znane nazwiska tych, których Towarzystwo liczyło do grona członków swych i założycieli, znakomite w ówczesnych warunkach prace młodego Towarzystwa, nadały mu odrazu taką powagę i znaczenie w ówczesnych kołach naukowych, że najwybitniejsi zagraniczni uczeni i lekarze starali się o zaszczytny tytuł członka Towarzystwa (Pinel, Humboldt, Scarpa, Magendie, Graefe, Dupuytren i wielu innych).

Towarzystwo wileńskie rozpoczęło odrazu na wszystkich polach gorliwą i płodną działalność. Rozpadała się ona na kilka kierunków; oprócz działalności ściśle naukowej, ogniskującej się na miesięcznych posiedzeniach, i popularyzatorskiej, upamiętnił się ten okres historyi Towarzystwa żywym ruchem w zakresie, jakby dziś powiedziano, »medycyny społecznej«, oraz ściśle praktyczną czynnością w zakresie sanitarnym. Towarzystwo podjęło w szerokich rozmiarach badania warunków zdrowotnych kraju i potrzeb jego ludności, z prawdziwem poświęceniem zwalczało groźne epidemie, krzewiło higienę w zakładach szkolnych i wśród ogółu ludności. Zasługą niezmiernie doniosłą było rozpowszechnienie na Litwie szczepienia ospy ochronnej przez pouczenie ludności o wadze odkrycia Jennera, czynną propagandę i założenie już w r. 1808 instytutu szczepienia, jakiego nie posiadał jeszcze żaden kraj w Europie. Dziełem Towarzystwa wileńskiego było odkrycie i zbadanie zdrojowisk litewskich (Birsztany, Druskieniki, Stokliszki); ono pracowało doświadczalnie nad zbadaniem i wypróbowaniem wielu wówczas jeszcze mało poznanych leków i stworzyło osobny wydział farmaceutyczny, podnosząc przez to niezmiernie poziom aptekarstwa krajowego.

Trwały ślad tej działalności oprócz poprawy stosunków zdrowotnych kraju pozostawiło Towarzystwo w licznych swych ówczesnych publikacyach, które ogłaszało z początku w »Dzienniku wileńskim«, »Dziejach dobroczynności« i »Kuryerze litewskim«, od r. 1819, odznaczone tytułem »Cesarskiego Towarzystwa«, we własnym »Pamiętniku«, do którego w r. 1821 przybył drugi jeszcze organ, »Pamiętnik farmaceutyczny«. Od r. 1822 zlały się oba te wydawnictwa w jedno p. t. »Dziennik medycyny, chirurgii i farmacyi«. Bogaty, w tym okresie przez Towarzystwo zgromadzony zbiór preparatów anatomicznych i patologicznych, oddany przez nie Uniwersytetowi, zabrany został po zamknięciu Akademii wileńskiej — do Kijowa.

Ten najświetniejszy okres historyi Towarzystwa, w którym z powodzeniem współzawodniczyło ono z najznakomitszemi Towarzystwami Europy zachodniej, kończy się w r. 1831. Równocześnie z utratą głównej swej dźwigni, Uniwersytetu, który w tym roku zamknięto, spotkał Towarzystwo inny jeszcze ciężki cios: zakaz wydawnictw w języku polskim. W dziesięć lat potem traci Towarzystwo swych najwybitniejszych członków — profesorów zamkniętej wtedy Akademii medyko-chirurgicznej. Wyzute ze swych zasobów naukowych, ze środków materyalnych, pozbawione dachu, zdołało Towarzystwo jednak przecie ocalić swój byt, a zdobywszy wreszcie z trudem stałe pomieszczenie w sali apteki pojezuickiej, zajęło się pracą wewnętrzną, porządkowaniem i gromadzeniem biblioteki i zbiorów naukowych i musiało ograniczyć swą działalność do ciaśniejszego pola: w zakresie naukowym do badań głównie statystycznych i balneologicznych, w zakresie społecznym do czynnej walki z epidemiami dysenteryi, ospy i cholery i do zabiegów około otwarcia bezpłatnego ambulatoryum dla niezamożnych. I w tym jednak okresie zdołało Towarzystwo współdziałać w wydawnictwie »Collectanea medico-chirurgica« (od r. 1838), później zdobyć się na 5 tomów samodzielnego wydawnictwa »Postrzeżenia praktyczne niektórych lekarzy«, ogłoszonych między rokiem 1846 a 1862 przez prof. Adamowicza, a wreszcie zasilać swemi pracami »Tygodnik lekarski« warszawski (od r. 1859). W tymże okresie zajmowało się Towarzystwo sprawą zbadania kiły, parchów, a przedewszystkiem kołtuna, zasługując się ogłoszeniem szeregu konkursów, które wywoławszy liczne prace, przyczyniły się do obalenia pojęcia tej choroby, a zakończyły się ogłoszeniem w r. 1873 gruntownej pracy H. Dobrzyckiego w tym przedmiocie.

Najcięższy jednak okres przyszło przetrwać Towarzystwu po upadku powstania w r. 1863, gdy dotknął je razem z całym krajem niesłychany ucisk rządowy i gdy na posiedzeniach zamilknąć musiał język polski. Liczba członków Towarzystwa, które w pierwszym swym okresie liczyło ich 306, w tem miejscowych 80, tak zmalała, że na posiedzenia przychodziło zaledwo 5—6, odczytów prawie nie było. Dopiero od roku 1865 zaczęło Towarzystwo ogłaszać swe sprawozdania... po rosyjsku w »Wileńskich wiadomościach gubernialnych«..., od r. 1869 jako odrębne zeszyty. Około roku 1870 poczyna Towarzystwo dźwigać się po doznanych ciosach. W tym roku utworzyło Towarzystwo bezpłatne ambulatoryum, w r. 1872 zabrało się na nowo do topografii i statystyki lekarskiej Litwy i wznowiło konkursa naukowe, w r. 1885 powołało do życia odrębną sekcyę sanitarną, w roku 1887 założyło własną pracownię, a równocześnie krzątało się około uzupełnienia i uporządkowania swych zbiorów i biblioteki. Dziewięćdziesiątą rocznicę obchodzono w roku 1896 uroczyście, w czem wzięły gorący udział wszystkie dzielnice kraju.

Że Towarzystwo dożyło setnej rocznicy swego założenia, że nie upadłszy w najcięższej nawet dobie historyi porozbiorowej kraju, niesie w przyszłość ze słuszną dumą sztandar tradycyi wileńskiej wszechnicy, to zawdzięcza wytrwałości i poświęceniu tych kilku niezłomnych, których nazwiska wyryć się powinny głęboko w pamięci każdego lekarza-Polaka: Adamowicza, Zejdlera, Titiusa, a w nowszych czasach: Józefa Bielińskiego, historyka wileńskiej wszechnicy, Aleksandra Wojnicza, który przez lat kilkanaście pełniąc po kolei wszystkie ważniejsze urzędy w Towarzystwie, był jego duszą i obecnie niem niestrudzenie kieruje, i Władysława Zahorskiego, który źródłowem, wyczerpującem, a świetnem opracowaniem dziejów Towarzystwa[1]) i szeregiem monograficznych przyczynków do jego historyi dobrze się już Towarzystwu i ogółowi zasłużył, a o obecnej działalności Towarzystwa troskliwie zdaje w polskich pismach lekarskich sprawę.

Cicho obchodząc setną rocznicę założenia, — o której nie zapomniano jednak na drugim krańcu ziem dawnej Rzeczypospolitej, w gronie poznańskiem, równie ciężko, jak wileńskie Towarzystwo, o byt i utrzymanie świetnych swych tradycyi walczącem, — ograniczyć się musiało najstarsze polskie Towarzystwo lekarskie do zwykłego dorocznego zebrania w swych murach, jeszcze Akademię Batorowską pamiętających. Może przynajmniej zbliżająca się setna rocznica uroczystego otwarcia Towarzystwa przypadnie w czasie, w którym ją będzie można otoczyć tą świetnością, jaka się należy tak niezwykłej i podniosłej chwili i uczcić ją po wszystkich ziemiach naszych tak głośno, jak tego pragniemy i jak to jest wspólnym obowiązkiem naszym. A początek drugiego wieku istnienia Towarzystwa wileńskiego niech będzie początkiem drugiej takiej ery jego rozkwitu, jaka zaczynała się u jego kolebki. Tym, którzy nie upadłszy po utracie swej szkoły głównej, doczekać też zdołają, oby jak najrychlejszego, jej wskrzeszenia, od stóp naszej prastarej »Almae matris« przesyłamy obrzędowe: »Quod felix, faustum, fortunatumque sit«.

Ciechanowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Walka lekarzy dolnoaustryackich z władzami zaostrza się. Dwa ze starostw dolnoaustryckich ogłosiły, że zakazują lekarzom przemilczać w doniesieniach o przypadkach chorób zakaźnych właściwe rozpoznanie, gdyż tak ułożone doniesienia nie mają żadnej wartości i sprzeciwiają się przepisom. Za przekroczenie zakazu grożą te starostwa karami na zasadzie rozporządzenia cesarkiego z r. 1854 i ministeryalnego z r. 1857. Wobec tego wydział walczącej organizacyi ma poczynić przygotowania, aby na repressyę ze strony władz odpowiedzieli wszyscy lekarze gminni równoczesnem zbiorowem wypowiedzeniem swych stanowisk. *R.*

Z przetworów leczniczych dopuściło ministerstwo spraw. wewn. do ogólnego obrotu w aptekach *»Pastilli jodoferratini comp.«* wyrobu apt. Jahra w Krakowie po dopełnieniu niektórych warunków, nie dopuściło zaś na razie *»Syrup. valeriano-bromat. compos.«* tegoż wyrobu i przetworu *»Antipositin«*, wyrobu Wagnera w Berlinie. (Rozp. Namiestnictwa we Lwowie z 2. I. 06. L. 189.597. i 5. II. 06. L. 14904). W reskrypcie zaś z 23 I. 1906. L. 51.956/05 zwróciło ministerstwo uwagę na to, że przyjmowanie przez apteki na skład i wydawanie przez nie lekarzom próbek przetworów zagranicznych, do ogólnego obrotu w Austryi niedopuszczonych, wykracza przeciw obowiązującym przepisom. (Rozp. Nam. z 2. II. 06. L. 13180).

[1]) »Pamiętnik Towarz. lek. warszawskiego« 1897/8.

W sprawie wiejskich zimowych kolonii dla dzieci miejskich zabiera głos w »Kronice lek.« (Nr. 3. 1906) Dr. Józef Jaworski, surowo krytykując sentymentalne projekta wysyłania dzieci warszawskich na zimę do chat włościańskich, których warunki higieniczne są pod każdym względem opłakane i bodaj nie lepsze od tych, w jakich żyją dzieci miejskie. Również złe są warunki żywienia się włościan naszych, zwłaszcza w zimie, przeto pomysł kolonii zimowych w tej postaci, w jakiej go podano, uważać należy za myśl poronioną.

Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 marca 1906.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego we środę dnia 28 lutego b. r. przedstawiali koll. Borzęcki, Brzeski, Latkowski i Nowotny przypadki chorobowe, a kol. Stahr wyłożył rzecz p. t. »O zmianach we krwi chorych leczonych sposobem Biera«.

— Wydział Izby lek. wschodnio-gal. uchwalił na wniosek dr. Mikołajskiego wnieść na najbliższym wiecu Izb sprawę nowej ustawy o tłumieniu epidemii, oraz postanowił utworzyć biuro informacyjne o opróżnionych posadach w kraju. Izba urządziła ankietę w sprawie normy ordynacyi i dyspenzacyi leków na koszt funduszów publicznych celem przedłożenia w tej sprawie referatu Namiestnictwu.

— W sekcyi jarosławskiej Towarz. lek. gal. wybrano ponownie przewodniczącym dr. Czyżewicza, zastępcą dr. Dietziusa, sekretarzem naukowym dr. Fechtera, sekretarzem administracyjnym dr. Puzona, wydziałowym dr. Sawickiego. Delegatami na walne zgromadzenie Tow. lekarz. galic. wybrano dr. Czyżewicza i dr. Fechtera, zaś ich zastępcami dr. Meiselsa i dr. Sawickiego.

Sekcya jarosławska jest jedną z najliczniejszych i najruchliwszych sekcyi Tow. lek. gal. Odbywa regularnie posiedzenia naukowe, najczęściej w szpitalu powszechnym w Jarosławiu, na których wygłaszane bywają liczne odczyty, zbiorowe referaty i przedstawiane interesujące przypadki i preparaty anatomo-patologiczne ze szpitala i praktyki.

— Na koszta wieńca na trumnę śp. dr. Kusego, zmarłego d. 20 grudnia 1905 w Wiedniu, złożyli lekarze, zostający w gal. służbie politycznej, kwotę 140 koron. Po opędzeniu wszystkich kosztów, pozostałość w kwocie 80 koron złożono do funduszu wdów i sierót po lekarzach pod zarządem Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

— W Lublinie zawiązał się komitet, do którego z lekarzy należą dr. Dobrucki i Piętkowski, celem zbudowania pod Lublinem (w Świdniku) sanatoryum dla suchotników, na gruntach leśnych, należących do lubelskiego szpitala św. Wincentego. Sanatoryum to ma być otwarte w r. 1907 i uwolni szpitale lubelskie od balastu chorych na gruźlicę. Donosząc o tem, »Gazeta lekarska« dodaje: »W Warszawie zarząd szpitalów, chociaż ma także w zawiadywaniu duże majątki, należące do szpitali, zdaje się nie wiedzieć, iż w każdym z nich setki suchotników dogorywa i roznosi zarazę między sąsiadami, — lecz tenże zarząd coraz to nowe rozpisuje konkursy na ordynatora nadetatowego (świeżo do szpitala św. Łazarza na zarządzającego, naturalnie za darmo, pracownią anatomopatologiczną i bakteryologiczną)«.

— W Wiedniu zawiązało się »Towarzystwo badania dzieci« (Verein für Kinderforschung) pod przewodnictwem doc. Reichera.

— W sprawie opieki nad dziećmi i badania dzieci odbędzie się w październiku r. b. zjazd w Berlinie. Wyjaśnień udziela prof. dr. Münch, Berlin W. 30, Luitpoldstr. 22. Komitet zjazdu wzywa do udziału fizyologów, psychologów, biologów, koła nauczycielskie, wychowawców młodzieży cieleśnie i umysłowo upośledzonych (głuchoniemych, ślepych, głupkowatych, zwyrodniałych i t. d.), dalej pedyatrów, psychiatrów, prawników (sprawa młodocianych przestępców!), wreszcie rodziców i opiekunów dziatwy.

— Na III międzynarodowym zjeździe w sprawie lekarskiej elektrologii i radyologii, mającym się odbyć w Medyolanie 5—9 września b. r., jest sprawozdawczynią jednego z 11 przedmiotów, objętych porządkiem dziennym, dr. J. Joteykówna z Brukseli, która mówić ma na temat: »Pobudliwość mięśni i nerwów«. Zgłoszenia na zjazd przyjmuje prof. Doumer, Lille, 57, rue Nicolas-Leblanc, a w Austryi prof. Schiff w Wiedniu, I, Maximilianstrasse 13.

— Prof. August Bier otrzymał za swe prace o leczeniu przekrwieniem biernem od wydziału lekarskiego w Heidelbergu nagrodę Kussmaula.

— Z początkiem marca wychodzić zacznie nakładem księgarni Borntraegera w Berlinie, SW. 11, nowe pismo p. t. »Hygienisches Centralblatt«, mające zdawać jaknajrychlej sprawę z ruchu naukowego w zakresie higieny, z pierwszej ręki i ściśle rzeczowo. Dlatego redakcya tego pisma zaprasza wszystkich autorów, by nadsyłali jej przez siebie opracowane streszczenia swych prac z tego zakresu. Kierunek pisma objął dr. Paweł Sommerfeld. Do grona stałych współpracowników zaproszony został dr. Filip Eisenberg z Krakowa.

— Co do liczby słuchaczy medycyny w roku b. zajmuje Kraków wśród uniwersytetów austryackich miejsce czwarte (298), Lwów siódme i ostatnie (146).

— W tygodniu od 18—24 lutego 1906 doniesiono w Galicyi o nowych przypadkach ospy: w 5 gminach 15 nowych chorych (w pow. Brody: m. Brody 2, Bielawce 2, Koniuszków 1, w pow. Chrzanów: m. Chrzanów 8, Balin 2); duru osutkowego: w 19 gminach 83 nowych chorych, a mianowicie w m. Lwowie (1, zachorował podróżujący agent handlowy), w m. Krakowie (1, zachorował zarobnik dzienny pracujący przy zamiataniu ulic), w pow. Buczacz (Dobropole 11), Jaworów (Bonów 1, Ożomla 1, Zmijowiska 5), Gródek (Małkowice 2), Horodenka (Żuków 2), Kamionka (Radziechów 5), Przemyślany (Gliniany 2), Rawa (Rzeczyca 4), Stanisławów (m. Stanisławów 3, zachorowała nauczycielka szkoły ludowej w Knihininie wsi i 2 prebendaryuszy przytułku Br. Alberta), Stary Sambor (Grodowice 6), Stryj (Wołosianka 5, Żulin 2), Tarnopol (Chodaczków 23), Tłumacz (Przybyłów 1), Żółkiew (Przystań 7, Prowata 1): nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych: w 21 gminach 38 nowych chorych.

Mianowani: Dr. Gradenigo profesorem oto-ryno-laryngologii w Turynie.

Powołani: Prof. Pfaundler z Gracu na miejsce prof. Rankego do Monachium.

Zmarli: Dr Popow, b. prof. anatomii w Charkowie; prof. Nitze, wsławiony wynalazkiem cystoskopii, nagle z udaru mózgowego w Berlinie.

Dr Napieralski, wychodźca z roku 1863. w Pont Audemer we Francyi; dr. Wincenty Kwiatkowski, w 79 r. ż. w Humaniu (gub. kijowskiej), żegnany z powodu zacności swego charakteru, niepospolitych zdolności i gorliwej pracy zawodowej i społecznej głębokim żalem kolegów.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 7. Skłodowski: Przypadek choroby Basedowa, leczony zapomocą promieni Roentgena. Higier: Paralysis agitans w świetle piśmiennictwa lekarskiego ostatniego dziesięciolecia.

— *Medycyna* Nr. 7. Kohn: O działaniu kwasów, w szczególności kwasu solnego na bakterye. Flatau i Koelichen (c. d. z Nr. 6).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 8. Bylicki: Niezwykłe źródło zakażenia połogowego. Przyczynek do powstawania najmniejszych przetok pochwowoprostnicowych. Reiss: Spostrzeżenia z dziedziny okulistyki w sztuce włoskiej (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 3. Sędziak: Przewlekły zanikowy nieżyt nosa. Giedgowd: Przymiot pozapłciowy. Giedroyć: Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* 1905 Zesz. 4. Kucharzewski: Badania doświadczalne nad wpływem surowic leczniczych i normalnej końskiej na krew. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. Bucelski: Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w Królestwie polskiem oraz stan obecny szpitala w Tworkach. Męczkowski: Historya szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu.

— *Časopis lékařův českých* Nr 7. Šamberger, Spilka (c. d. z Nr. 6). Vyšin: Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans. Rádl: Hans Driesch. Pelnář: Symmetrická gangréna prstů (nemoc Raynaudova).

— *Liječnički Vijestnik* Nr. 2. Teufel: Prinosi chiruržkoj kasuistici. Gutschy: Slučaj phlegmonozne gastritide. Dežman: Diagnoza i prognoza tuberkuloze. Thiery: Liječenje Bierovom hyperaemijom. Marković: Osvrt na zakonsku osnovu o zdravstvu.

— *Russkij Wracz* Nr. 3. Rybakow: Zaburzenia umysłowe w związku ze współczesnymi wypadkami politycznymi. Danczakowa. O znaczeniu komórek plazmatycznych w śluzówce królika. Leszczyński: Przypadek mleczystej puchlicy brzusznej i opłucnej. Bek: Osteoarthritis deformans endemica w kraju zabajkalskim. Lingen: O związku między włókniakami macicy, a sercem.

— *Presse medicale* Nr. 14 Ingegnieros: Rzekome objawy histerycznego porażenia połowiczego. Souligoux i Lapointe: Zadzierżgnięcie jelita biodrowego i jajowodu w nieprawidłowym uchyłku otrzewnej miednicznej. Lévy i Baudouin: Głębokie wstrzykiwania w leczeniu uporczywej rwy twarzowej. — Nr. 15. Le Dentu: Pochylenie macicy ku tyłowi. Calmette i Breton: Niebezpieczeństwo spożywania prątków gruźliczych, zabitych zapomocą gorąca.

— *Semaine médicale* Nr. 8. Carnot: Ropnie podprzeponowe.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9. Hansemann: Krzywica jako choroba społeczna. Ewald: Krew i krwotoki w chorobach narządu pokarmowego. Neuberg i Strauss: W sprawie składu azotu pozostałego (Reststickstoff) we krwi i płynach surowiczych. Wolff-Eisner: O czynnej limfocytozie i limfocytach. Alexander: W sprawie wyleczenia gruźlicy krtani. Finder: Chirurgiczne leczenie gruźlicy krtani. Bruhns (dok. z Nr. 8).

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 8. Loeffler: Wykrycie prątków durowych w kale, ziemi i wodzie drogą hodowli z pomocą zieleni malachitowej. Seidel: Przyrząd do doleczania otwartej odmy opłucnej. Blumreich: W sprawie hebotomii. Lindemann: Wyniki doświadczeń z melioformem, jako środkiem do odkażania rąk i narzędzi. Lublinski: Ostra jodzica i ostre zapalenie gruczołu tarczowego. Ringleb: Cystoskop według za adv. Maisonneuvea. Axmann: Nowa chłodnica do lamp finsenowskich. Hamm: Sztuczne błony bębenkowe z parafiny. Philippson: Kąpiel czterokomórkowa najprostsza.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 8. Kreibich: W sprawie etyologicznego leczenia kiły. Frommer: O przekwiemiu sposobem Biera, szczególnie w doleczaniu i leczeniu zgorzeli starczej. Benedikt: Czy teorya zarodzi *(blastema)* Rokitanskyego ma podstawy lub nie? Bartel i Neumann: O doświadczalnej gruźlicy inhalacyjnej u morskich świnek.

— *Munchener medic. Wochenschrift* Nr. 8. Spiess: Znaczenie znieczulenia w leczeniu zapalenia. Schafer: Przyczynek do techniki szwu rzepki. Pfeiffer: O badaniu roentgenowskiem tchawicy przy guzach i wysiękach w klatce piersiowej. Berndt: W sprawie doszczętnej operacyi przepukliny udowej. Dreyfus: O urazowej nieruchomości źrenicy. May: Nowy sposób barwienia metodą Romanowskyego. Tomaszewski i Erdmann: O nowych środkach do farbowania włosów. Adam: Przypadek porażenia nerwu odwodzącego po znieczuleniu lędźwiowem. Hueber: Rzadka przyczyna uwięźnięcia jelit. Knauer: Porażenie postępujące. Bracco: Ortopedya brzucha. Neupauer, Werner: Światłotwórczość tkanek jako czynnik biologicznego działania promieni.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 7 marca 1906 o godz. 6 wieczorem

w klinice ginekologicznej.

Na posiedzeniu będą przedstawiane i omawiane przypadki kliniczne.



*



Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:



Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci**, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163

SYRUP HYPOPHOSPHIT comp. Dr. EGGER

zawiera w jednej łyżeczce żelaza 0·05, wapnia 0·10, potasu 0·06, sodu 0·06, chininy 0·005, i strychiny 0·00005, sole kwasu fosforowego i odpowiednio do farmakopei Unit. St.

S. Hypophosphit comp. Dr. Egger jest dzielnym środkiem w przypadkach **niedokrewności, neurastenii, rozmaitych schorzeniach narz. nerwowego, w krzywicy, zołzach** jest nieocenionem **tonicum** dla **ozdrowieńców;** bywa też podawany w pierwszorzędnych klinikach, jak w klinice Radcy dworu prof. Krafft-Ebinga, prof. Felserreicha, prof. Fingera, prof. Mračeka, prof. Jendrasika, prof. Rosthorna i t. d.

Cena za jedną 500 gramową flaszkę 4 koron 80 hal.
za jedną 250 gramową flaszkę 2 korony 40 hal.

Główny skład: dla Galicyi wschodniej w aptece Piotra Mikolascha we Lwowie — dla Galicyi zachodniej w aptece Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Główny skład i wyrób

Apteka „Reichspalatin“

Budapeszt, VI, Waitzner Bolevard 17.

SYNAPIZMY »AUSTRIA«

polecone przez

Szanowne Krakowskie Towarzystwo lekarskie

wyrabia 167

DÜSSELDORFSKA FABRYKA

KRAKÓW - ZWIERZYNIEC.

„Wni Panowie Lekarze raczą łaskawie polecać do użytku ten jedyny wyrób krajowy polski, lepszy i tańszy od wszelkich Rigollotów i Rigollotów zagranicznych“.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6 —, półrocznie „ 3 „ —

MEDYCYNA

Z przes. poczt. i zagranicą: rocznie rb. 7 k —, półrocznie „ 3 „ 50

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

wychodzi w Warszawie co sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny hygieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady kliniczne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestye zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowiedzi od redakcyi. 15) Ogłoszenia i t. d.

Wydawca: Dr. GURANOWSKI (Jasna 5). Redaktor: Dr. med. SADOWSKI (Krak.-Przedm. N 7). 103